



Markus Spinatsch, 30. Juni 2008

Teilrevision der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Ergebnisse von Abklärungen zum allgemeinen Änderungsbedarf und zu den durch SwissDRG vorgegebenen dringlichen Anpassungen

Dieser Bericht ist ausschliesslich in elektronischer Form in Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar: <http://www.bfs.admin.ch>

Originalsprache ist Deutsch.

Übersetzungen: Bundesamt für Statistik.

Autor:

Dr. Markus **Spinatsch**

Beratung für Politik und Verwaltung

Spitalgasse 14
3011 Bern
Tel. 031 312 13 24
Fax 031 312 13 25
info@m-spinatsch.ch
www.m-spinatsch.ch

Die Dokumentation der Teilrevision der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser umfasst folgende drei Berichte:

Teilrevision der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Ergebnisse von Abklärungen zum allgemeinen Änderungsbedarf und zu den durch SwissDRG vorgegebenen dringlichen Anpassungen

Anpassungen der Medizinischen Statistik an die Bedürfnisse für eine leistungsorientierte Spitalfinanzierung (SwissDRG)

Änderungen im Detail

Variablen der Medizinischen Statistik Spezifikationen gültig ab 2009 ("Schnittstellenkonzept")

Alle Berichte können einzeln heruntergeladen werden von:

Bundesamt für Statistik > Infothek > Erhebungen, Quellen > 14.4. > Medizinische Statistik der Krankenhäuser > Konzept oder

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

Überblick

Die eidgenössischen Räte haben bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes vom 21.12.2007 entschieden, dass die Spitäler in Zukunft für ihre Leistungen im akut-somatischen Bereich nach Fallpauschalen abgegolten werden. Die Bestimmung der Höhe dieser Fallpauschalen beruht auf aggregierten Daten über die gefällten Diagnosen und die durchgeführten Behandlungen. Da das Bundesamt für Statistik (BFS) bereits seit einiger Zeit mit der Medizinischen Statistik in den Schweizer Spitälern Diagnose- und Behandlungsdaten erfasst, wurde entschieden, diese Statistik so anzupassen, dass auch die Bedürfnisse des schweizerischen Fallpauschalensystems SwissDRG damit abgedeckt werden können. Das BFS hat die Anträge von SwissDRG zum Anlass genommen, die Medizinische Statistik einer Teilrevision zu unterziehen und dabei auch weitere Anpassungen und Ergänzungen zu prüfen, die seit einiger Zeit im Raum stehen.

Die mit dieser Teilrevision vorgesehenen Änderungen wurden in einem ersten Schritt auf ihre Sinnhaftigkeit und Machbarkeit hin überprüft. Dazu wurden mit einer Gruppe von ausgewählten Produzenten und Nutzern der Daten Interviews durchgeführt. Zusätzlich wurden wichtige Anspruchsgruppen schriftlich informiert und zur Stellungnahme eingeladen. Aufgrund der Ergebnisse dieser Konsultationen wurden schliesslich die folgenden Änderungen beschlossen:

Fallerfassung:

- Fälle, die nach Abschluss der Akutbehandlung weiterhin im gleichen Spital verweilen, werden für die Statistik abgeschlossen und wieder neu eröffnet
- Fälle von Patienten, die mehrfach im gleichen Spital behandelt werden, werden (voraussichtlich) unter bestimmten Bedingungen für die Statistik zusammen gefügt
- in Netzwerkspitälern wird zusätzlich die Fallnummer der Statistik diagnosebezogener Fallkosten erhoben.

Diagnose und Behandlung:

- neu werden pro Fall bis zu 50 Diagnosen und bis zu 100 Behandlungen sowie das Datum der Behandlungen erfasst
- für die Erfassung von Diagnosen und Behandlungen stehen neu sechs statt wie bis anhin fünf Stellen zur Verfügung
- die Behandlungskodes (CHOP) werden in Zukunft sechs Stellen umfassen
- die neuen Diagnosekodes bestehen nach ICD-10-GM aus fünf Stellen, die sechste Stelle bleibt künftigen Erweiterungen vorbehalten
- zusätzlich erhoben werden die Körperseite einer Diagnose oder Behandlung, die Tumoraktivität sowie die intensivmedizinische Behandlung und die Beatmungstunden.

Neugeborene/Säuglinge:

- zusätzlich erfasst wird bei Säuglingen das Aufnahmegegewicht sowie bei Neugeborenen der Kopfumfang.

Behandlungsort:

- bei allen stationären Fällen sowie bei ambulanten Behandlungen während eines Spitalaufenthalts wird neu der geografische Standort der Behandlungseinheit erfasst.

Diese Anpassungen treten bei den Netzwerkspitälern von SwissDRG definitiv auf Anfang 2009 in Kraft, bei allen übrigen Spitälern mit akutsomatischen Fällen sind sie bis spätestens Anfang 2010 einzuführen.

Diese Anpassungen treten bei den Netzwerkspitälern definitiv auf Anfang 2009 in Kraft, bei allen übrigen Spitälern sind sie bis spätestens Anfang 2010 einzuführen.

Résumé

La loi révisée sur l'assurance-maladie (LAMal), approuvée le 21 décembre 2007 par l'Assemblée fédérale, prévoit que les prestations fournies par les hôpitaux dans le domaine des soins somatiques aigus seront rémunérées à l'avenir sous la forme de forfaits par cas. Le montant de ces forfaits sera déterminé sur la base de données agrégées relatives aux diagnostics et aux traitements. Comme l'Office fédéral de la statistique relève depuis plusieurs années de telles données dans sa statistique médicale, la décision a été prise d'adapter cette statistique pour qu'elle réponde aux besoins du système de forfaits par cas de SwissDRG. Les modifications demandées par SwissDRG ont conduit l'OFS à examiner l'opportunité d'inclure dans la révision partielle de cette statistique d'autres modifications qui étaient en suspens depuis un certain temps.

Dans une première phase, nous avons examiné la pertinence et la faisabilité des modifications prévues dans le cadre de cette révision partielle. Des interviews ont été réalisées dans ce but avec un certain nombre de fournisseurs et d'utilisateurs des données. En outre, les principaux groupes intéressés ont été informés par écrit et invités à se prononcer sur cette révision. Voici les décisions qui ont été finalement arrêtées, sur la base des résultats de la consultation :

Saisie des cas:

- *Patients dont le traitement en soins aigus est terminé mais dont le séjour se poursuit dans le même hôpital: les cas correspondants seront clos et un nouveau cas sera ouvert pour les patients qui poursuivent leur séjour hospitalier.*
- *Patients traités plusieurs fois dans un même hôpital : les cas correspondants seront désormais regroupés dans la statistique, à certaines conditions (décision à confirmer).*
- *Dans les hôpitaux du réseau, les numéros de cas de la statistique des données économiques par cas seront désormais relevés également dans la statistique médicale.*

Diagnostics et traitements:

- *Il sera désormais possible de relever jusqu'à 50 diagnostics et jusqu'à 100 traitements par cas, ainsi que la date des traitements.*
- *La saisie des diagnostics et des traitements pourra à l'avenir se faire sur six positions au lieu de cinq.*
- *Les codes de traitement (CHOP) compteront désormais six positions.*
- *Les nouveaux codes de diagnostic comptent cinq positions selon la CIM 10-GM ; la sixième position est une réserve pour des besoins futurs.*
- *De nouvelles variables sont relevées, à savoir la latéralité du diagnostic ou du traitement, l'activité tumorale ainsi que le traitement en soins intensifs et les heures de ventilation.*

Nouveau-nés/nourrissons:

- *Deux nouvelles variables sont relevées, à savoir le poids à l'admission pour les nourrissons et le périmètre crânien pour les nouveau-nés.*

Localisation du traitement:

- *La localisation géographique de l'unité traitante sera relevée pour tous les séjours hospitaliers ainsi que pour tous les traitements dispensés en ambulatoire pendant un séjour hospitalier.*

Ces modifications entreront en vigueur définitivement au début de 2009 pour tous les hôpitaux participant au réseau SwissDRG et d'ici au début de 2010 au plus tard pour les autres hôpitaux de soins somatiques aigus.

Breve quadro generale

Il 21.12.2007, in occasione della revisione della legge sull'assicurazione malattie, le Camere federali hanno deciso di finanziare in futuro le prestazioni ospedaliere nell'ambito delle patologie somatiche acute mediante importi forfetari per singolo caso. L'ammontare di tali somme è definito sulla base di dati aggregati relativi alle diagnosi emesse e ai trattamenti effettuati. Poiché l'Ufficio federale di statistica (UST) già da tempo rileva, nel quadro della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri, dati in questi due ambiti, è stato deciso di modificare questa statistica in modo tale da soddisfare anche le esigenze del sistema di forfait per caso di Swiss-DRG. L'UST ha colto le richieste di SwissDRG come occasione per sottoporre a revisione parziale la statistica medica e valutare eventuali altri adattamenti e integrazioni, già da tempo in sospeso.

In un primo momento, le modifiche proposte con la revisione parziale sono state analizzate nella loro fattibilità e ragionevolezza: sono state effettuate interviste con alcuni produttori e utilizzatori dei dati, informati per iscritto gli interlocutori principali e invitati a fornire il loro parere in merito. In seguito all'esito di queste consultazioni, per la statistica si sono imposte le modifiche seguenti:

Registrazione del caso

- *I casi che a conclusione di un trattamento acuto rimangono nell'ospedale sono chiusi e riaperti come casi nuovi.*
- *I casi di pazienti che si sottopongono a cure ripetute presso lo stesso ospedale sono, in alcuni casi, (presumibilmente) raggruppati.*
- *Negli ospedali della rete è rilevato inoltre il numero del caso della statistica dei costi economici per caso diagnosticato.*

Diagnosi e trattamenti

- *Per singolo caso sono censiti fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti. È inoltre registrata la data di ciascun trattamento.*
- *Per la registrazione delle diagnosi e dei trattamenti sono a disposizione sei posizioni anziché cinque.*
- *I codici riguardanti i trattamenti (CHOP) in futuro presenteranno 6 posizioni.*
- *I nuovi codici delle diagnosi constano di cinque posizioni, conformemente all'ICD-10-GM. La sesta posizione è riservata ad ampliamenti futuri.*
- *Sono registrati inoltre il lato del corpo cui si riferisce la diagnosi o sul quale è effettuato il trattamento, l'attività tumorale nonché i trattamenti di medicina intensiva e le ore di respirazione artificiale.*

Neonati/lattanti

- *Per i lattanti è rilevato anche il peso all'entrata in ospedale, per i neonati la circonferenza cranica.*

Luogo di trattamento

- *Per tutti i casi stazionari nonché per i trattamenti ambulatoriali durante la degenza ospedaliera è rilevata anche l'ubicazione geografica dell'unità di trattamento.*

Per gli ospedali della rete di SwissDRG tali modifiche entrano in vigore in via definitiva all'inizio del 2009, per gli altri ospedali con casi somatici acuti tali modifiche dovranno essere introdotte al più tardi entro l'inizio del 2010.

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage, Ziele und Vorgehen	1
2	Vorgesehene Änderungen	5
	2.1 "Muss"-Anpassungen (Anforderungen durch SwissDRG)	5
	2.2 "Kann"-Anpassungen	6
3	Ergebnisse der Abklärungen	7
	3.1 Generelle Ergebnisse	7
	3.1.1 Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Informationen	8
	3.1.2 Möglichkeiten und Grenzen für die Informatikanpassungen	9
	3.1.3 Umsetzung der Anpassungen	9
	3.2 Spezifische Ergebnisse zu den einzelnen Muss-Anpassungen	11
	3.2.1 Falldefinition	11
	3.2.2 Erfassung von bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen	13
	3.2.3 Erweiterung der Diagnose- und der Behandlungsklassifikationen	14
	3.2.4 Ergänzende Angaben zu jeder Diagnose und Behandlung	14
	3.2.5 Beatmungsstunden	15
	3.2.6 Intensivmedizinische Komplexbehandlung	16
	3.2.7 Aufnahmegewicht bei Säuglingen	16
	3.3 Spezifische Ergebnisse zu den einzelnen Kann-Anpassungen	17
	3.3.1 Eingriffsort bei ambulanten Behandlungen	17
	3.3.2 Klinikstandort	18
	3.3.3 Behandlungsdatum	19
	3.3.4 Kostenstellen	20
	3.3.5 Gründe für ausserkantonalen Eintritt	20
	3.3.6 Implantate und Medikamente	21
	3.3.7 Kopfumfang bei Neugeborenen	22
	3.4 Zusätzliche Anpassungen	22
	3.4.1 Abrechnungsmodus: DRG oder alter Modus	22
	3.4.2 Aufenthaltsort vor Wiedereintritten	23
	3.5 Weitere Änderungsvorschläge	23
	3.6 Weitere Rückmeldungen zur Medizinischen Statistik	27
4	Definitive Änderungen	31
	4.1 Einzuführende Anpassungen	31
	4.2 Nicht berücksichtigte oder zurückgestellte Anpassungswünsche	32
	4.3 Offene Fragen und Aufgaben	32

5	Anhänge	35
5.1	Befragte Institutionen (Ansprechpersonen)	35
5.2	Schriftliche Stellungnahmen an das BFS	36
5.3	Liste der vorgesehenen Anpassungen (Unterlage für die mündliche Befragung)	37

Abkürzungsverzeichnis

<i>APDRG</i>	<i>All patients diagnosis related groups</i>
<i>BFS</i>	<i>Bundesamt für Statistik</i>
<i>BUR</i>	<i>Schweizerisches Betriebs- und Unternehmensregister</i>
<i>CHOP</i>	<i>Schweizerische Operationsklassifikation</i>
<i>CHUV</i>	<i>Centre Hospitalier Universitaire Vaudois</i>
<i>DRG</i>	<i>Diagnosis Related Group</i>
<i>EAN</i>	<i>Europäische Artikelnummer</i>
<i>G-DRG</i>	<i>German Diagnosis Related Group (Deutsches Fallpauschalen-System)</i>
<i>ICD</i>	<i>International Classification of Diseases</i>
<i>ICD-10-GM</i>	<i>International Classification of Diseases – German Modification (Diagnoseschlüssel für G-DRG)</i>
<i>IV</i>	<i>Invalidenversicherung</i>
<i>KVG</i>	<i>Krankenversicherungsgesetz</i>
<i>MedPlaus</i>	<i>Plausibilisierungssoftware für die Medizinische Statistik</i>
<i>MTK</i>	<i>Medizinaltarif-Kommission UVG</i>
<i>MV</i>	<i>Militärversicherung</i>
<i>Pharma Code</i>	<i>Pharmaceutical Binary Code</i>
<i>SGI</i>	<i>Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin</i>
<i>SwissDRG</i>	<i>Von Tarifpartnern und Kantonen eingesetzte Gesellschaft zur Weiterentwicklung des Systems SwissDRG; die Organisation wird oft auch als SwissDRG bezeichnet</i>
<i>UVG</i>	<i>Unfallversicherungsgesetz</i>

1 Ausgangslage, Ziele und Vorgehen

Das Bundesamt für Statistik (BFS) produziert und veröffentlicht seit 1998 die Medizinische Statistik der Krankenhäuser, eine jährliche Vollerhebung bei allen Spitälern in der Schweiz. In Rahmen dieser Erhebung werden von sämtlichen stationär und teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Erhebungseinheit ist ein Behandlungsfall) soziodemographische Daten, Eintritts-, Aufenthalts- und Austrittsmerkmale sowie Angaben zu Diagnosen und Behandlungen erhoben. Diese Statistik konnte in den vergangenen Jahren die Bedürfnisse der Nutzer^{*} gut abdecken.

Bei der jüngsten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) entschieden die eidgenössischen Räte, dass die Leistungen der Spitäler im akut-somatischen Bereich in Zukunft mit Fallpauschalen abgegolten werden. Die Höhe dieser Fallpauschalen wird durch die Art der Diagnose und der durchgeführten Behandlungen bestimmt, die für diese Bestimmung notwendigen Informationen sollen durch die Medizinische Statistik bereitgestellt werden. Wie erwähnt, werden mit der Medizinischen Statistik zwar schon heute Angaben zu Diagnosen und Behandlungen erhoben. Diese können indes den Anforderungen des gesamtschweizerischen Fallpauschalen-Systems (SwissDRG) nicht genügen. Das BFS ist deshalb gehalten, seine Medizinische Statistik diesen neuen Nutzungsbedürfnissen anzupassen. Im Zentrum der dadurch bedingten Teilrevision stehen eine Änderung der Falldefinition sowie eine Erweiterung und Vertiefung der erhobenen Informationen über die Diagnosen und Behandlungen.

Unabhängig von diesen Entwicklungen ist das BFS schon seit einiger Zeit mit verschiedenen Wünschen und Anregungen für eine Erweiterung der Medizinischen Statistik konfrontiert. Die Sektion Gesundheit des BFS hat sich entschieden, diese Anliegen im Rahmen der anstehenden Teilrevision ebenfalls auf ihre Notwendigkeit und Dringlichkeit zu prüfen und die Statistik ggf. entsprechend anzupassen.

Das im vorliegenden Bericht dokumentierte Projekt "Teilrevision der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser" hat demzufolge zum Ziel

- die Ausgestaltung der für die Ermittlung von Fallpauschalen gemäss SwissDRG notwendigen Anpassungen der Medizinischen Statistik abzuklären
- weitere seit einiger Zeit zur Diskussion stehende wünschbare Erweiterungen der Medizinischen Statistik auf ihre Adäquanz hin zu überprüfen
- die Machbarkeit dieser notwendigen bzw. wünschbaren Änderungen abzuklären sowie
- die definitiv vorzunehmenden Anpassungen inhaltlich und terminlich zu bestimmen.

Die definitive Bereitstellung eines schweizweiten Abrechnungssystems nach Fallpauschalen ist vom Parlament im revidierten KVG spätestens auf den

^{*} Hier und nachfolgend wird aus praktischen Gründen bei geschlechtsabhängigen Begriffen immer jene Form gewählt, die der Mehrheit der Betroffenen entspricht. Die Minderheit ist immer mitgemeint.

31.12.2011 festgelegt worden. Damit das System eingeführt werden kann, braucht es einige Jahre im Voraus Datenlieferungen nach den neuen Vorgaben, damit die Kostenstruktur der Fälle berechnet werden kann. Von SwissDRG wurde daher der 1.1.2009 als Termin für die Einführung der entsprechenden Änderungen an der Medizinischen Statistik beantragt. Unter diesen Umständen stand das Revisionsprojekt unter einem erheblichen Zeitdruck, da die betroffenen Spitäler ihrerseits für die Informationsbeschaffung und für die Softwareanpassungen eine gewisse Vorlaufzeit benötigen.

Das Revisionsprojekt wurde im Zeitraum von September 2007 bis Juni 2008 in vier Schritten durchgeführt:

In einem **ersten Schritt** erstellte das BFS eine Liste mit den vorgesehenen Änderungen. Dabei wurde unterschieden zwischen Muss-Anpassungen, die durch SwissDRG vorgegeben und mithin nicht verhandelbar waren, und Kann-Anpassungen, die nur soweit wie möglich und sinnvoll in die Revision einbezogen werden sollten (vgl. die Liste im Anhang auf Seite 37).

In einem **zweiten Schritt** führte der Autor des vorliegenden Berichts im Zeitraum zwischen Anfang Oktober und Mitte November 2007 insgesamt 18 Interviews bei Nutzern und Datenlieferanten der Medizinischen Statistik durch (vgl. die *Liste der befragten Institutionen und Personen* im Anhang auf Seite 35). Die Auswahl der zu befragenden Institutionen erfolgte durch das BFS. Die Verantwortlichen dieser Institutionen wurden vorgängig schriftlich über das Vorhaben informiert. Sie bestimmten in der Folge ihrerseits die für das Interview zuständigen Personen in ihrer Institution. Diese erhielten zusammen mit der Bestätigung des telefonisch vereinbarten Interviewtermins per E-Mail die vom BFS erstellte Liste mit allen verbindlichen und optionalen Änderungen (vgl. S. 37 im Anhang). Im Interview galt es, für jede der insgesamt 16 zur Diskussion gestellten Änderungen die folgenden vier Fragen zu beantworten:

- a. Ist die Information vorhanden?
- b. Ist die Information ohne grossen Aufwand zugänglich?
- c. Sind die Änderungen für die Informatik im Zeitraum von Mitte 2008 bis Ende 2008 machbar?
- d. Ist mit sonstigen Problemen zu rechnen?

Im Anschluss daran konnten im Rahmen des Interviews auch weitere Anliegen der Befragten zur Medizinischen Statistik eingebracht werden.

Gleichzeitig informierte das BFS wichtige Stakeholder schriftlich und an Veranstaltungen über die Teilrevision. In der Folge nahmen einige Institutionen mittels einer schriftlichen Eingabe an das BFS Stellung zum Vorhaben (vgl. die *Liste der schriftlichen Stellungnahmen* im Anhang auf Seite 36).

Aufgrund der Ergebnisse dieser Konsultationen erarbeitete das BFS in einem **dritten Schritt** einen umfassenden Entwurf mit den definitiv vorgesehenen Anpassungen. Dieser Entwurf enthielt einerseits einen detaillierten Beschrieb für jede einzelne anzupassende oder neu einzuführende Variable. Andererseits wurden in einem Schnittstellenkonzept sämtliche konzeptuellen und technischen Spezifikationen aufgeführt, die sich aus der Teilrevision ergaben.

In einem **vierten Schritt** wurde dieser Entwurf allen in der ersten Runde interviewten Gesprächspartnern aus den Spitälern zugestellt und mit diesen in einem Informationsgespräch eingehend erläutert. Dabei sollten soweit möglich

allfällige offene Fragen geklärt werden. Zudem sollten die Repräsentanten der Spitäler nochmals Gelegenheit erhalten, ihre spezifischen Anliegen zu diesen Änderungen zu artikulieren. Diese Informationsgespräche fanden in der Zeit von Mitte März bis Mitte April 2008 statt.

Im gleichen Zeitraum informierte das BFS erneut wichtige Anspruchsgruppen über den Stand der Arbeiten. Aufgrund dieser Information gingen wiederum einige schriftliche Stellungnahmen ein.

2 Vorgesehene Änderungen

Wie erwähnt erstellte das BFS zu Beginn des Projektes eine Liste mit allen damals bekannten, durch SwissDRG geforderten (Muss-)Anpassungen sowie mit weiteren optionalen (Kann-)Anpassungen (vgl. S. 37). Der Zeitplan sah vor, dass alle Spitäler bis Mitte 2008 eine verbindliche Liste mit den definitiven Änderungen erhalten würden, so dass ihnen für die organisatorischen und Informatikanpassungen 6 Monate bleiben würden. Ab 1. Januar 2009 sollten alle Spitäler ihre Fälle mit dem neuen System erfassen.

2.1 "Muss"-Anpassungen (Anforderungen durch SwissDRG)

1. Falldefinition: Ein Fall umfasst in der Regel den Zeitraum zwischen Spitaleintritt und dem Austritt. Bei internen Verlegungen und Wartepatienten (Rehabilitation, Geriatrie, Pflegeheim) werden die entsprechenden Fälle neu in einen Akutfall und in einen Pflegefall aufgeteilt, auch wenn der Patient im selben Bett bleibt. Diese Änderung hat keine Anpassung bei den Schnittstellen zur Folge. Sie erfordert aber, dass in solchen Situationen ein Fall mit einer Aufnahme der Austrittsdaten abgeschlossen und gleichzeitig mit einer Neuerhebung der Eintrittsdaten als neuer Fall erfasst wird.
2. Bisher konnten pro Fall je 10 (bzw. im Format 2006 je 30) Diagnosen und Behandlungen erfasst werden. Neu müssen pro Fall bis zu 50 Diagnosen und bis zu 100 Behandlungen erfassbar sein.
3. Die bisher vierstellige Diagnoseklassifikation gemäss ICD-10 soll neu fünfstellig in einem sechsstelligen Eingabefeld (mit einer Reserveposition) erfasst werden.
4. Die bisher vierstellige Behandlungsklassifikation gemäss CHOP soll neu sechsstellig erfasst werden.
5. Zu jeder Diagnose und zu jeder Behandlung soll es neu möglich sein, zusätzliche Angaben wie z. B. den Schweregrad, die Körperseite (links, rechts, beidseitig) oder den Stand der Tumoraktivität (aktiv, passiv) zu erfassen.
6. Neu aufzunehmen sind auch die Beatmungsstunden pro Fall.
7. Bei einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung sollten mit einem Zusatzdatensatz zentrale Informationen erhoben werden.
8. Bei eintretenden Säuglingen mit einem Alter von weniger als 28 Tagen sollte zusätzlich das Aufnahmegewicht erhoben werden.
(Anmerkung des Autors: dies wurde zu Beginn fehlerhaft mitgeteilt und später korrigiert. Die korrekte Angabe lautet: Säuglinge bis 1 Jahr)

2.2 "Kann"-Anpassungen

9. Für jede ambulante Behandlung sollte neu zusätzlich erhoben werden, ob diese im Haus oder ausser Haus erfolgte. Dieser Vorschlag wird dadurch begründet, dass mit der neuen Falldefinition von SwissDRG bei Verlegungen bzw. Rückverlegungen die Informationen über eine allfällige externe ambulante Behandlung in das Dossier des behandelnden Spitals integriert und mithin diesem zugeordnet werden. Dadurch würden Benchmarking und andere Vergleiche zwischen Kliniken verfälscht.
10. Einführung einer zusätzlichen Variable zum Klinikstandort (Postleitzahl oder Klinik Kürzel). Damit sollte es auch für Mehrstandortspitäler möglich sein, den Standort der erbrachten Dienstleistungen zu identifizieren. Diese Information ist insbesondere für die kantonale Spitalplanung von Bedeutung.
11. Zu jeder Behandlung sollte zusätzlich das Behandlungsdatum erfasst werden. Diese optionale Forderung wurde von SwissDRG eingebracht. (Anmerkung des Autors: Diese fakultative Anforderung wurde von SwissDRG im Verlauf der Abklärungen neu als obligatorisch definiert).
12. Heute kann ein Fall auch bei Mehrfachbehandlungen in verschiedenen Abteilungen nur einer Kostenstelle des Spitals zugeordnet werden. Obwohl die Kodierregeln für solche Fälle eindeutig sind, werden sie nicht von allen Spitälern korrekt angewandt, so dass entsprechende Vergleiche nicht möglich sind. Es wird vorgeschlagen, die Möglichkeit zu schaffen, dass pro Fall mehrere Kostenstellen erfasst werden können. Dies sollte eine exaktere Abbildung des Aufenthalts des Patienten und Vergleiche zwischen den Spitälern ermöglichen.
13. Mit der in der letzten KVG-Revision neu ermöglichten freien Spitalwahl sollte bei Eintritt von ausserkantonalen Fällen erhoben werden, ob diese medizinisch indiziert oder Ausdruck einer freien Spitalwahl des Patienten sind. Diese Zusatzinformation wurde insbesondere von verschiedenen Kantonen gewünscht.
14. Für jeden Fall sollten neu die verwendeten Implantate und Medikamente erfasst werden.
15. Der Neugeborenen-Zusatzdatensatz sollte mit der Variablen "Kopfumfang bei Neugeborenen" ergänzt werden. Diese Variable hat sich in den letzten Jahren in Fachkreisen u. a. bei epidemiologischen Studien als aussagekräftiger erwiesen als die bisher verwendeten Variablen "Gewicht" und "Länge".

3 Ergebnisse der Abklärungen

Nachfolgend sind die Ergebnisse der verschiedenen Abklärungen – Interviews, Informationsgespräche, schriftliche/elektronische Stellungnahmen – zusammengefasst dargestellt und ggf. mit Kommentaren des BFS (*in kursiver Schrift*) ergänzt.

3.1 Generelle Ergebnisse

Viele der Befragten zeigten sich in den **Interviews** im Herbst 2007 erfreut darüber, dass sich das BFS in einem persönlichen Gespräch um ihre Meinungen und Erfahrungen bemüht. Auch die am Schluss des Interviews abgegebene Versicherung, dass sie sich anfangs des folgenden Jahres noch einmal im Rahmen eines Informationsgesprächs zu den konkret ausformulierten Änderungen äussern können, wurde sehr positiv aufgenommen. Alle interviewten Personen zeigten sich in den Gesprächen verständnisvoll und kooperativ, die angestrebten Anpassungen finden trotz des absehbaren Mehraufwandes für die Spitäler bei allen die nötige Akzeptanz. Dass die Umstellung auf SwissDRG auch eine Anpassung der Datenerhebung für die Medizinische Statistik zur Folge hat, war den meisten bekannt, einzelne beklagten sich aber, dass die Information ungenügend war. Mehrere der Befragten erwiesen sich in den Gesprächen als profunde Kenner von SwissDRG und konnten deshalb wertvolle Hinweise für eine möglichst adäquate Anpassung abgeben. Allerdings waren diese Hinweise nicht in allen Fällen widerspruchsfrei.

Die **Informationsgespräche** im Frühjahr 2008 verliefen bei etwa der Hälfte der befragten Institutionen in Bezug auf die Teilnehmenden, auf die Intensität und die Dauer ähnlich wie die vorangegangenen Interviews. Einige Spitäler massen diesen Gesprächen eine sehr grosse Bedeutung zu: der Teilnehmerkreis wurde – insbesondere durch den Beizug von Informatikverantwortlichen und Codierern – teilweise erheblich erweitert, die Teilnehmenden waren sehr gut vorbereitet, so dass sich zu einzelnen Sachverhalten längere und tiefgreifende Diskussionen ergaben. Diese Gespräche dauerten deutlich länger als die Interviews. Bei einigen andern Spitälern stiessen die Informationsgespräche aus unterschiedlichen Gründen nur auf ein beschränktes Interesse, sie verliefen weniger intensiv und dauerten weniger lang als die vorangegangenen Interviews.

Grundsätzlich kann aufgrund der Interviews festgehalten werden, dass alle vorgeschlagenen Änderungen machbar sind und dass die verbindlich vorgeschriebenen Anpassungen nicht in Frage gestellt wurden. Die neu oder differenzierter zu erhebenden Informationen sind überall vorhanden. Einige Spitäler erheben diese zumindest teilweise bereits heute mit ihren internen Informationsmanagementsystemen. In allen andern Fällen können die entsprechenden Informationen mit mehr oder weniger Aufwand beschafft werden. Auch die Schnittstellenanpassungen sind machbar, allerdings wurden erhebliche Vorbehalte gegenüber der Terminierung geäussert.

In den Informationsgesprächen bedauerten einige der Befragten, dass nicht alle ursprünglich geplanten Anpassungen übernommen wurden und dass

keine in den Interviews gemachten Vorschläge für zusätzliche Erweiterungen aufgenommen wurden. Andere zeigten sich diesbezüglich erfreut bzw. hätten sich gewünscht, dass noch mehr gekürzt würde.

Als **generelle kritische Rückmeldungen** sind hier festzuhalten:

- Es wurde die Befürchtung geäußert, dass sich das BFS und SwissDRG nicht genügend absprechen und koordinieren, so dass die Spitäler in der Folge zwei verschiedenen Anforderungsprofilen zu genügen haben.
- Mehrere betonten, dass der Zeitrahmen für die schriftliche Stellungnahme zu diesem Revisionsprojekt zu knapp bemessen war und dass die Interviewabdeckung der relevanten Stellen ungenügend sei. Einerseits hätten sich Verschiedene mehr Zeit gewünscht, um Spital- bzw. verwaltungsintern eine umfassendere Bestandesaufnahme durchzuführen und in das Vorhaben einspeisen zu können. Andererseits hätten vor allem auf Nutzerseite und in Bezug auf die Informatikanpassungen mehr Stellen befragt werden müssen.
- Mehrere wiesen darauf hin, dass die Anforderungen von SwissDRG zwar unbestritten sind, dass aber bei diesen wie auch bei den andern Anpassungen darauf zu achten sei, dass nur so viel wie unbedingt nötig bzw. so wenig wie möglich ausgebaut wird. Insbesondere die massive Ausweitung der Diagnose- und Behandlungsdaten, aber auch die Aufnahme von zusätzlichen Variablen liessen die Befürchtung aufkommen, dass hier ein gigantischer Datenberg angehäuft wird (bei 1.5 Mio. Hospitalisierungen pro Jahr sollen je 50 Diagnosen und 100 Behandlungen sechsstellig und mit mehreren Zusatzfeldern erhoben werden), der schwer zu handhaben und sehr fehleranfällig sein werde.
- Viele Spitäler wiesen darauf hin, dass diese Anpassungen für sie mit erheblichen Kosten verbunden sind, und zwar einerseits mit einmaligen Kosten für die Systemumstellung, andererseits mit kontinuierlichen Kosten für die Erhebung und für die Auswertung. Die Privatspitäler monierten zudem, dass sie im Gegensatz zu den öffentlichen Spitälern diese Mehrkosten selbst tragen müssten.
- Vor diesem Hintergrund wurde auch darauf hingewiesen, dass vor allem bei epidemiologisch begründeten Ausweitungen für alle Beteiligten ein klarer, nachvollziehbarer Nutzen ersichtlich sein müsse, der den anstehenden Mehraufwand rechtfertigt. Die notwendigen Anpassungen an SwissDRG waren diesbezüglich unbestritten.

3.1.1 Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Informationen

Für die Medizinische Statistik werden sowohl administrative wie auch medizinische Informationen benötigt. In einigen Spitälern werden alle Informationen unmittelbar dort, wo sie anfallen, elektronisch erfasst und über Schnittstellen in die Medizinische Statistik eingespielt. In diesen Fällen kommt den Kodierenden vorwiegend eine Aufgabe der Ergänzung und der Qualitätskontrolle zu. In den meisten Spitälern indes sind die – durchwegs elektronisch erfassten – administrativen Daten über Schnittstellen zugänglich, die medizinischen Informationen werden jedoch von den Codierenden beim Austritt auf der Basis der meist handschriftlichen Ärzteberichte aufgenommen. Bei einigen Spitälern schliesslich fehlen solche Schnittstellen, so dass die Codierenden

auch die administrativen Daten separat aufnehmen müssen. Vor allem von diesen wurde betont, dass die gleichzeitige Verwendung von administrativen und medizinischen Daten in der Medizinischen Statistik sehr zeitaufwendig und fehleranfällig sei und dass dieser Aspekt bei einer allfälligen Erweiterung der Medizinischen Statistik berücksichtigt werden sollte.

Wenngleich alle Befragten der Meinung waren, dass die neu erforderlichen Informationen grundsätzlich vorhanden sind, so verwiesen in den Interviews einige doch darauf hin, dass diese Frage letztlich erst beantwortet werden kann, wenn die konkret ausformulierten Fragen vorliegen. Dies gilt insbesondere für die eher pauschalen Fragen wie z. B. nach Implantaten, Medikamenten oder intensivmedizinischen Behandlungen. Diese Problematik konnte in der Folge mit dem differenziert ausformulierten Entwurf zu einem guten Teil behoben werden, so dass in den Informationsgesprächen nur noch vereinzelt auf entsprechende Unklarheiten verwiesen wurde.

Als grösste Schwachstelle bei der Zugänglichkeit der Informationen wurde die Qualität der Berichterstattung der Ärzte bezeichnet. Wenn nun mit der Teilrevision mehr und detailliertere Informationen für die Medizinische Statistik benötigt würden, dann werde es für die Spitäler sehr wichtig sein, den Ärzten konkrete Vorgaben zu machen, sie zu einer gewissenhaften Berichterstattung zu motivieren und gegebenenfalls auch mit einer rigorosen Qualitätskontrolle Druck auszuüben.

3.1.2 Möglichkeiten und Grenzen für die Informatikanpassungen

Viele Befragte betonten, dass das BFS auch die Softwarelieferanten direkt befragen sollte, da die Hauptarbeiten bei diesen anfallen würden. Dies umso mehr als dass drei Softwarelieferanten die grosse Mehrheit der Spitäler beliefern. Dabei sei zu berücksichtigen, dass bei jedem einzelnen Spital spezifische Schnittstellenanpassungen mit andern spitalinternen Informatiksystemen vorzunehmen sind. Dieser Aufwand wird als erheblich grösser beurteilt als die direkten Systemanpassungen für die Medizinische Statistik. Dadurch bestehe einerseits ein erhebliches Risiko, dass bei den Softwarefirmen bei einer grossflächigen Umstellung zeitliche Engpässe entstehen könnten. Andererseits wurde mehrfach gewünscht, dass diese Firmen direkt vom BFS und nicht über alle ihre Einzelkunden über diese Anpassungen informiert würden. Zudem wurde vorgeschlagen, dass das BFS für die Betroffenen eine Hotline (Telefon, E-Mail) einrichtet, über die sich diese bei allfälligen Fragen informieren können.

Kommentar des BFS: Aus Gründen der Gleichbehandlung ist es dem BFS nicht möglich, einzelne Softwarelieferanten bevorzugt zu informieren. Diese Aufgabe obliegt daher den Spitalern. Das BFS hat leider nicht die Kapazitäten, um eine eigentliche Hotline einzurichten. Es ist jedoch gerne bereit, auf den üblichen Informationswegen Fragen der Betroffenen zu beantworten.

3.1.3 Umsetzung der Anpassungen

Die Mehrheit der Befragten war der Meinung, dass die Informatikanpassungen im vorgesehenen Zeitraum machbar seien. Eine Minderheit vermeldete, dass der Zeitraum für sie zu knapp bemessen sei und dass die Anpassungen erst auf Anfang 2010 vorgenommen werden könnten. Verschiedene Befragte wiesen zudem darauf hin, dass neben den Informatikanpassungen auch andere

Anstrengungen nötig sein werden wie z. B. Anpassung von Handbüchern, Plausibilisierungstests (auch über MedPlaus hinaus), Änderung von Prozeduren, Ausbildung und Schulung der betroffenen Mitarbeitenden. Die dafür benötigte Zeit (allein der Zeitbedarf für die Schulung der Codierenden wurde auf 2 – 3 Monate veranschlagt) dürfe nicht unterschätzt werden, sonst drohe ein Chaos bezüglich Statistik, Rechnungsstellung und Spitalfinanzierung. Aus der Romandie und aus dem Tessin wurde mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass alle Dokumente auch auf Französisch und Italienisch zu übersetzen sind und dass eine zeitgerechte Einführung der Anpassungen in diesen Landesteilen auch davon abhängt, dass die entsprechenden Sprachversionen rechtzeitig vorliegen. In diesem Zusammenhang wurde namentlich bemängelt, dass der Zeitplan für die Veröffentlichung der Dokumente keine Angaben über die italienischen Versionen sowie über die Kodierrichtlinien (in allen Sprachen) enthält.

Nicht zuletzt im Hinblick auf die entstehenden Umstellungskosten wurde mehrfach gewünscht dass alle Änderungen auf ein Mal eingeführt werden und dass dann wieder einige Jahre Ruhe und Stabilität bei der Medizinischen Statistik herrschen sollte.

Dieser Vorschlag fiel allerdings nicht überall auf Zustimmung. So wurde als Alternative ein stufenweises Vorgehen vorgeschlagen, in dem zuerst und möglichst rasch nur die ca. 30 Netzwerkspitäler auf das neue System umstellen sollten, da vor allem deren Angaben dringend benötigt würden, und da diese zudem mit der Sache vertraut und entsprechend motiviert seien. Allen übrigen Spitälern könnte mehr Zeit für die Umstellung einberäumt werden.

Ein zweiter Vorschlag zielt darauf ab, in einem ersten Schritt per 1.1.2009 nur den Behandlungskode CHOP anzupassen und damit den dringendsten Datenbedürfnissen Rechnung zu tragen. Sofern trotz Erweiterung und Anpassung des CHOP noch weitere, dringende Datenbedürfnisse für das Projekt SwissDRG bestehen, könnten diese Informationen bei den Netzwerkspitälern eingeholt und direkt an SwissDRG geliefert werden, so dass sie zur Erarbeitung des SwissDRG-Groupers zur Verfügung stehen würden. Alle anderen Datenbedürfnisse sollten sauber aufbereitet und erst in einer zweiten, grösseren Revision der Medizinischen Statistik (z.B. per 2010 oder 2011) umgesetzt werden. Dieses Vorgehen biete die Möglichkeit, die anfallenden Themen sauber aufzubereiten, mit anderen Statistiken abzugleichen und in einer Vernehmlassung auch die materielle und technische Machbarkeit zu prüfen. Themen einer solchen zweiten Revision wären z.B. die Aufnahme neuer Variablen oder eine Revision der Falldefinition (SwissDRG, KVG-Revision).

Des weitem wurde vorgeschlagen, parallel zu einer gestaffelten Vorgehensweise zusätzlich 20 leere Datenfelder ("Freifelder") in den Datensatz einzufügen. Diese könnten als Reserve für spätere Erweiterungen (z. B. bei den Diagnosen und Behandlungen, zu denen in den USA schon heute mehr Daten als in der Schweiz aufgenommen werden) dienen, so dass dannzumal die Informatikanpassungen einfacher wären. Gleichzeitig würde so auch ein flexibles Potenzial geschaffen z. B. für temporäre Datenaufnahmen, für auf wenige Spitäler begrenzte Erfassungen oder für eine begrenzte Zeit für eine Studie.

Diese generellen Rückmeldungen lassen darauf schliessen, dass das Vorhaben zwar in Bezug auf den Zeitplan auf erhebliche Bedenken und kritische Einwände stösst, dass indes davon ausgegangen werden kann, dass alle zur Diskussion gestellten Anpassungen machbar sind und dass keine unüber-

windbaren Probleme bestehen. Die aufgrund der Interviewergebnisse beschlossene einjährige Fristerstreckung für die Nicht-Netzwerkspitäler wurde in mehreren Informationsgesprächen mit Erleichterung zur Kenntnis genommen. Alle befragten Netzwerkspitäler bestätigten, dass sie den Termin vom 1. 1. 2009 einhalten können (unter der Bedingung, dass auch das BFS seine Termine einhält).

Dieser generellen Sichtweise werden in den nachfolgenden Kapiteln problematische Einzelaspekte gegenüber gestellt, die in den Interviews, in den Informationsgesprächen und in den schriftlichen Stellungnahmen thematisiert wurden. Es handelt sich in manchen Fällen um Probleme, die nur in einem einzigen oder in einigen wenigen Interviews genannt wurden. Daraus kann allerdings nicht geschlossen werden, dass nicht noch mehr der befragten Spitäler davon betroffen sind, da ja in den offen gestalteten Interviews nicht explizit danach gefragt wurde.

3.2 Spezifische Ergebnisse zu den einzelnen Muss-Anpassungen

3.2.1 Falldefinition

Inhalt: Bei internen Verlegungen und Wartepatienten (Reha; Geriatrie) wird der Fall (dauert normalerweise vom Eintritt bis Austritt) neu in einen Akutfall und in einen Pflegefall aufgeteilt, auch wenn der Patient im selben Bett bleibt.

Schnittstellen: Keine Änderung nötig; Anpassungen mittels der Kodierung

Mehrere Befragte weisen darauf hin, dass diesbezüglich der behandelnde Arzt die eigentliche Schwachstelle ist. Die Ärzte sind sich meist nicht gewohnt, solche versicherungstechnisch begründete Entscheide zu fällen. Es braucht deshalb klare Definitionskriterien, an denen sich die Ärzte verbindlich orientieren können und müssen: wann ist die Akutphase abgeschlossen, wann beginnt die Pflegephase. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Pflege in Akutspitälern vom Eintrittstag an immer auch ein Bestandteil der Therapie ist und dass der Übergang vom einen zum andern nicht immer evident ist.

Das Einhalten dieser neuen Falldefinition wird wesentlich davon abhängen, dass und wie das Spital die Änderung kommuniziert und einführt und wie stark die Versicherungen Druck ausüben werden. Ferner muss auch für diese Umstellung genügend Zeit für die Ausbildung bzw. Umschulung aller Betroffenen veranschlagt werden.

Des weiteren gilt es die folgenden Fragen und Einzelhinweise zu beachten:

- In Spitälern, die mit Belegärzten zusammenarbeiten, kann diese Neuerung zu Problemen führen, da die Belegärzte nicht jeden Tag im Spital sind. So könnte die Situation eintreten, dass ein Patient am Montag bereit wäre zum Austritt oder zum Übertritt in eine Rehabilitation. Da der Belegarzt aber erst am Mittwoch wieder im Spital ist und dann entscheiden kann, stellt sich die Frage, ob ein solcher Fall für zwei Tage rückwirkend als

Wartepatient neu zu erfassen ist oder ob diese Wartezeit noch als Teil der ursprünglichen Behandlung gilt.

Kommentar des BFS: Der Belegarzt kann im Voraus Kriterien angeben, nach welchen eine Patientin oder ein Patient "verlegt" werden kann, wenn der Arzt nicht im Haus ist. Unter Anwendung dieser Kriterien kann der Fall auch bei Abwesenheit des Arztes abgeschlossen werden.

- In Bezug auf die geriatrische Akutrehabilitation wurde die Frage aufgeworfen, ob diese der Akutversorgung oder aber der Rehabilitation zuzuordnen sei und wie mit solchen Fällen in unterschiedlich organisierten Spitälern (Spitäler mit einer eigenen Geriatrieabteilung vs. Spitäler, die die Geriatrie in andere Abteilungen wie z. B. Innere Medizin oder Rheuma integriert haben) umzugehen sei.

Kommentar des BFS: Fälle, die mittels DRG abgerechnet werden können, sollen heute der Akutversorgung zugeordnet werden. Diese Richtlinie kann ändern, wenn Rehabilitationsfälle auch in das DRG-System aufgenommen werden sollten.

- Ein Kanton wünschte zudem, dass die Falldefinition im ambulanten und teilstationären Bereich mit dieser Neubestimmung im stationären Bereich abgestimmt wird. Ist jeder Behandlungskontakt an einem neuen Tag auch ein neuer Fall? Wie werden Fälle definiert, die am gleichen Tag mehrfach behandelt werden, z. B. Sprechstunde, MRT und Physiotherapie?
- Es sollte sichergestellt werden, dass solche als neue Fälle erfassten Wartepatienten bei Outcome-Messungen nicht als Rehospitalisationen ausgewiesen werden.

Kommentar des BFS: Die Fälle müssen zwingend korrekt kodiert werden, dann sind sie als Wartepatienten zu erkennen.

- Mehrere Spitäler verweisen darauf, dass mit der Einführung dieser neuen Falldefinition für Wartepatienten auf Anfang 2009 eine Inkohärenz zwischen der Medizinischen Statistik und der Leistungsabrechnung entsteht, da ja die Abrechnung nach Fallpauschalen frühestens auf 2010 eingeführt wird. In einem Fall wurde deshalb in Erwägung gezogen, das alte System, nach dem ja weiterhin abgerechnet wird, einstweilen weiter zu führen und die Informatik für die Bedürfnisse der Medizinischen Statistik für die Übergangszeit mit zwei Zusatzvariablen Austrittsdatum/Neueintrittsdatum zu ergänzen, so dass daraus für die Medizinische Statistik zwei Fälle generiert werden können.
- Ebenfalls zu beachten ist, dass wenn nach der neuen Falldefinition das Austrittsdatum der Akutbehandlung identisch ist mit dem Eintrittsdatum in die Pflege der Übertrittstag zweimal erfasst (und verrechnet) wird. Hier wird eine allgemein gültige Vorgabe gewünscht, z. B. Austritt am Tag 1 um 23.59 h, Eintritt am Tag 2 um 0.01 h.

Kommentar des BFS: Hier wird eine Lösung im Sinne der Bemerkung eingeführt, mit dem Austritt am Tag 1 um 23 Uhr und dem Eintritt am Tag 2 um 0 Uhr (in der Medizinischen Statistik werden nur ganze Stunden erfasst).

- Die im Entwurf vorgeschlagene Operationalisierung der neuen Falldefinition stösst auf Kritik: die vorgesehene Zuweisung der Antwort "Wechsel der

Hauptdiagnose" auf die Frage "Entscheid für Austritt" bzw. "Eintrittsart" ist nicht korrekt, da es sich aus ärztlicher Sicht nicht um einen Wechsel der Hauptdiagnose handelt.

Kommentar des BFS: Die Formulierung wurde im Sinne der Bemerkung wie folgt korrigiert: "Interner Übertritt".

- Das CHUV arbeitet schon heute mit einer ähnlichen Falldefinition. Dabei wird zwischen Patienten A (Akut), B (Rehabilitation) und C (Langzeitpflege) unterschieden. Der Übergang von A nach B bzw. C erfolgt nach einer Kriterienliste, die die Ärzte befolgen. Das System bewährt sich, allerdings gibt es (noch) keine Qualitätskontrolle, so dass wohl manchmal der eine oder andere Übertritt verpasst wird.

3.2.2 Erfassung von bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen

Inhalt: Es soll die Möglichkeit bestehen, bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen zu kodieren

Schnittstellen: Erweiterung des BFS-Minimaldatensatzes um zusätzliche Felder: bis zu 50 Diagnosen bzw. 100 Behandlungen

Diese geplante massive Ausweitung der Datensätze stösst bei einigen auf Unverständnis. Vertreter von Universitätsspitalern berichten, dass diese heute für APDRG mit sehr guter Kodierung im Durchschnitt lediglich etwa 6 Diagnosen und 3 Prozeduren pro Fall erfassen, so dass nicht ersichtlich sei, wozu so viele Felder gebraucht würden. Der für die Kodierung verantwortliche Arzt eines kleineren Regionalspitals gibt an, dass sie früher pro Fall nur eine Diagnose erfassen konnten, dass es heute im Durchschnitt immerhin drei sind, auch wenn dies in manchen Fällen den Anforderungen der Medizinischen Statistik immer noch nicht genügt. Er gibt zu bedenken, dass sie auch bei einer massiven Ausweitung der Erfassungsfelder mit den jetzigen Ressourcen kaum in der Lage sein werden, ihre Daten noch differenzierter als heute zu erfassen, so dass eine solche Ausweitung der Erfassungsfelder für sie wohl ohne Konsequenzen bleiben werde.

In epidemiologischer Hinsicht wurde von anderer Seite die Frage aufgeworfen, ob diese Daten je einmal ausgewertet würden und wie viele Auswertungen der bisher gesammelten Diagnosen- und Behandlungsinformationen bis heute überhaupt vorliegen.

Die technische Machbarkeit dieser Ausweitung wurde nicht in Frage gestellt. Es wurde allerdings bemängelt, dass der Begriff "50 Diagnosen" ungenau ist: geht es um 1 Hauptdiagnose, 1 Zusatzdiagnose und 48 Nebendiagnosen oder aber um 1 Hauptdiagnose mit Zusatzdiagnose und 49 Nebendiagnosen?

Kommentar des BFS: Es handelt sich um eine Hauptdiagnose, eine Zusatzdiagnose zur Hauptdiagnose und 49 Nebendiagnosen.

3.2.3 Erweiterung der Diagnose- und der Behandlungsklassifikationen

Inhalt: Erweiterung der Diagnoseklassifikation ICD-10 auf fünf und der Behandlungsklassifikation CHOP auf 6 Stellen

Schnittstellen: Anpassung aller Diagnose- bzw. Behandlungsfelder auf 6 Stellen

Auch diese Ausweitung wurde in technischer Hinsicht nicht problematisiert. Indes wurde die Frage aufgeworfen, ob die neue ICD-Klassifikation tatsächlich sechsstellig sei oder nicht wie in Deutschland nur fünfstellig und ob in diesen Stellen der im Kode enthaltene Punkt als eine dieser Stellen gilt.

Kommentar des BFS: Hier bestand zu Beginn der Abklärungen tatsächlich eine Unklarheit, da die ICD-10-GM nur fünfstellig ist und in Deutschland die sechste Stelle zur Kodierung der Körperseite verwendet wird. In der Schweiz soll nun die sechste Stelle als Reservefeld erhalten bleiben (zum Beispiel für die Einführung eines Flags zur Kennzeichnung von im Spital erworbenen Diagnosen). Die Körperseite wird für Diagnosen und Behandlungen in einem gesonderten Feld erhoben.

Ebenfalls unklar ist, ob die ersten vier Stellen des ICD-10-GM und der neuen CHOP mit den ersten vier Stellen des aktuellen ICD-Kodes bzw. CHOP-Kodes übereinstimmen. Falls dem nicht so wäre, dann wären alle Spitäler, die heute mit APDRG abrechnen, gezwungen, die Diagnosen doppelt zu erheben.

Kommentar des BFS: Es ist nicht immer so, dass die vier ersten Stellen identisch sind. Doch wird eine Übergangslösung erarbeitet (Transkodierung).

Ein Spital gibt zu bedenken, dass die Frage nach der Verfügbarkeit der Information erst beantwortet werden kann, wenn klar ist, welche Informationen in welchem Detaillierungsgrad zu erfassen sind. Je nach dem könnte das sehr weitreichende Auswirkungen auf die Praxis der Berichterstattung der Ärzte haben.

3.2.4 Ergänzende Angaben zu jeder Diagnose und Behandlung

Inhalt: Ergänzende Angaben zu jeder Diagnose und Behandlung (z.B. links/rechts, Schweregrad,...)

Schnittstellen: Einführung eines polyvalenten Zusatzfeldes nach jeder Diagnose und Behandlung, z. B. links/rechts/doppelseitig oder bösartiger Tumor akut/inaktiv/entfernt usw.

Viele gehen davon aus, dass in diesem Feld je nach ICD- oder CHOP-Kode ein Aufklappmenu mit einer beschränkten Auswahl von Merkmalen zur Verfügung steht. Ein offenes Feld mit frei einsetzbaren Antworten würde als sehr problematisch erachtet.

Kommentar des BFS: Die Menus der Kodierwerkzeuge werden von den Informatikfirmen entwickelt. Das BFS kann hierzu höchstens Anregungen geben.

Die Erfassung von Links-Rechts-Doppelseitig wird durchwegs als unproblematisch bezeichnet. Allerdings wird von einzelnen die Notwendigkeit eines spezifischen Erfassungsfeldes in Frage gestellt, da im Kodierungssystem ICD-10-GM ja die sechste Stelle für die Angabe der Lokalisation verwendet werden könne.

Die Erfassung der Tumorenaktivität indes wirft Fragen auf. So wird moniert, dass die Begriffe "Tumoraktivität" bzw. "aktiv" "inaktiv" nicht definiert sind. Da es heute keine verbindliche Klassifikation für die ganze Schweiz gibt, wird das in den einzelnen Spitälern unterschiedlich gehandhabt. Für andere ist bei operativ entfernten Tumoren der Aktivitätsstatus eindeutig, bei Chemo- und Strahlentherapien hingegen ist es nicht unklar, ob ein Tumor noch aktiv ist oder nicht. Die zur Auswahl gestellten Optionen des Aufklappmenüs sollten solchen Situationen im Alltag definitorisch gerecht werden.

Kommentar des BFS: Die Definition wird noch geklärt.

3.2.5 Beatmungsstunden

Inhalt: Erfassung der Beatmungsstunden

Schnittstellen: Erweiterung des BFS-Minimaldatensatzes um ein zusätzliches Feld

Mehrere Befragte vermissen und fordern eine klare Definition dessen, was Beatmung ist, sowie Regeln für eine adäquate Erfassung. Die meisten betroffenen Spitäler erheben diese Information schon heute. Von einigen wurde die Frage aufgeworfen, ob es nicht hinreichend wäre, wenn die Beatmungsstunden nur im Zusatzfragebogen für die Intensivbehandlung erhoben würden. Viele sind der Meinung, die Definition des G-DRG sei noch zu offen und müsse präzisiert werden. Ein Präzisierungsbedarf wird insbesondere bei der Unterscheidung zwischen der Dauer bei ununterbrochener Beatmung und bei unterbrochener Beatmung ausgemacht.

In einem Kantonsspital wird bereits heute die Variable "Dauer der Anästhesie" erfasst. Das ist bei Vollnarkosen gleichbedeutend mit "Dauer der Beatmung". Das aktuelle Erhebungssystem erlaubt allerdings keine Differenzierung in Voll- und Teilanästhesie, dies könnte aber im Erfassungstool relativ einfach eingeführt werden.

Von jenen, die die Beatmungsstunden bereits heute erfassen, weisen einige darauf hin, dass es zwar technisch machbar, aber sehr kostspielig und zeitaufwendig wäre, die Daten aus dem bestehenden Informationssystem über eine neu zu schaffende Schnittstelle auf die Medizinische Statistik zu übertragen.

3.2.6 Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Inhalt: Erfassung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung

Schnittstellen: Bereitstellung eines Zusatzdatensatzes (Zusatz zum Minimaldatensatz)

Die meisten betroffenen Spitäler erheben bereits heute Daten über die intensivmedizinische Komplexbehandlung, allerdings in unterschiedlichem Umfang und mit verschiedenen Systemen. In verschiedenen Interviews genannt wurden SAPS, TISS, TRIPS, NEMS, PDMS, PIM2 (Kinder), CRIB (Säuglinge). Alle so betroffenen Spitäler hoffen und wünschen, dass der neue Zusatzfragebogen mit der bisherigen Erhebung kompatibel sein wird, so dass lediglich eine Schnittstelle erstellt werden muss. Andernfalls befürchten viele erhebliche Umstellungsprobleme (Zeit und Kosten).

Mehrere Spitäler, die bereits heute den Fragebogen der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) verwenden, wünschen, dass der Entscheid, welcher Fragebogen zur Anwendung kommt, mit der SGI abgesprochen wird, damit eine allseits akzeptable Lösung gefunden werden kann.

Kommentar des BFS: Die Definitionen wurden von der SGI übernommen.

Zwei Spitäler sind der Meinung, dass der CHOP bereits Informationen über die intensivmedizinischen Komplexbehandlung enthält und dass das – allenfalls mit Anpassungen – genügen sollte. Ein Spital, das einstweilen noch keine Daten auf der Intensivstation erhebt, wünscht, dass nicht nur der Inhalt der zu erhebenden Information klar definiert wird, sondern dass auch verbindlich vorgegeben wird, wer bei dieser Erhebung welchen Beitrag zu leisten hat: der zuständige Arzt, das Pflegepersonal, die Sekretärin, der ausgebildete Codierer.

Einzelne verweisen auf ein noch zu lösendes Sachproblem: wie ist bei mehrfacher Intensivbehandlung des gleichen Falls zu verfahren? Wird das von einem einzigen Fragebogen abgedeckt oder soll bei jeder Intensivbehandlung ein neuer Fragebogen erstellt werden?

Kommentar des BFS: Nur die Summe der Intensivbehandlungen soll angegeben werden.

3.2.7 Aufnahmegewicht bei Säuglingen

Inhalt: Erfassung des Aufnahmegewichts bei Säuglingen (bei Alter <28 Tage)

Schnittstellen: Erweiterung des BFS-Minimaldatensatzes um ein zusätzliches Feld

Mehrere Befragte monieren begriffliche Unstimmigkeiten: bei Kleinkindern spricht man für die ersten 28 Tage von *Neugeborenen*, danach bis zu einem Jahr von *Säuglingen*.

Kommentar des BFS: Diese Anmerkung ist richtig. Es sollte korrekterweise lauten "Säuglinge bis zu einem Jahr". In der Definition wurde dies später geändert.

Es ist unklar, um welche Information es hier genau geht. Die Formulierung des BFS wird von zwei Seiten und widersprüchlich in Frage gestellt:

- Für die einen geht es um das Aufnahmegewicht (und nicht um das Geburtsgewicht) und zwar für Neugeborene und Säuglinge bis zu 12 Monaten (und nicht nur für Neugeborene bis 28 Tage)
- Nach andern sollte das Geburtsgewicht und nicht das Aufnahmegewicht aufgenommen werden.

Kommentar des BFS: Es geht um das Aufnahmegewicht. Wenn ein Kind bereits im betreffenden Spital geboren wurde, dann wird im Feld "Aufnahmegewicht" das Geburtsgewicht eingetragen. Bei Kleinkindern, die nach der Geburt in das Spital eintreten, wird hingegen das Gewicht zum Zeitpunkt des Eintritts eingetragen.

3.3 Spezifische Ergebnisse zu den einzelnen Kann-Anpassungen

3.3.1 Eingriffsort bei ambulanten Behandlungen

Inhalt: Kennzeichnung des Orts einer ambulanten Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes (im Haus od. anderswo). (Ambulante Behandlungen sollen laut SwissDRG ins Patientendossier inkl. ICD-10/CHOP-Kodes integriert werden).

Schnittstellen: Einführung eines "Flag" für jede Behandlung (z. B. 1 = im Haus, 2 = ausser Haus).

Die Meinungen über die Relevanz dieser Information sind geteilt. Für einige ist diese Information auch für ihr eigenes Spital von Interesse, andere können dieser Variable keinen Sinn und Nutzen abgewinnen. Dementsprechend betonen diese denn auch den grossen Aufwand, den eine solche Erweiterung mit sich bringen würde.

Des weitern wurde darauf hingewiesen, dass die Gefahr besteht, dass die Spitäler "Defaults" verwenden, d.h. die Felder routinemässig mit gültigen (aber teilweise inkorrekten) Werten ausfüllen, so dass eine sinnvolle Auswertung kaum mehr möglich sein wird.

Mehrere wiesen darauf hin, dass der Begriff "Ort einer ambulanten Behandlung" ungenau bzw. nicht näher definiert sei. Es stellen sich die folgenden Fragen:

- Geht es um den geographischen (gleiche Koordinate) oder um den institutionellen (gleicher Rechtsträger) Ort?

Im Falle des geographischen Orts:

- In den meisten grossen Spitälern wird z. B. nicht im gleichen Gebäude operiert, geröntgt oder bestrahlt. Heisst "ausser Haus" ausserhalb des Gebäudes, in dem der Fall gepflegt wird, oder heisst das ausserhalb des Areals des Spitals?
- Wie weitläufig darf dieses Areal sein bzw. ab wievielen Metern/Kilometern Distanz beginnt "ausser Haus"?
- Was ist mit Fällen, die zur ambulanten Behandlung innerhalb des gleichen Gebäudes an einen auf eigene Rechnung arbeitenden Belegarzt verwiesen werden?

Im Falle des institutionellen Orts:

- Was ist mit ambulanten Behandlungen, die zwar vom gleichen Spital (Institution), aber an einem Ort ausserhalb des zusammenhängenden Areals erbracht werden?

Ein Spital, das schon früher mit dieser Unklarheit konfrontiert worden war, schlägt vor, beide Aspekte der externen Behandlung zu erfassen: default = eigenes Krankenhausareal, 1 = ausserhalb des eigenen Krankenhausareals, gleicher Betrieb, 2 = ausserhalb des eigenen Krankenhausareals, anderer Betrieb.

Kommentar des BFS: Korrektur ist im Sinne dieser Bemerkung erfolgt. Die zusätzliche Unterscheidung "eigener" od. "fremder" Betrieb kann nun gemacht werden.

3.3.2 Klinikstandort

Inhalt: Erfassung des Klinikstandortes (pro Behandlungsfall) mittels der Postleitzahl oder allenfalls eines Klinik Kürzels

Schnittstellen: Erstellung eines Zusatzfeldes

Eine solche Erweiterung wird insbesondere von Kantonen mit Mehrstandortspitälern gewünscht. Daneben haben auch einzelne Spitäler ein Interesse an dieser Information geäussert. Die Mehrheit der Befragten fühlt sich indes von dieser Frage nicht betroffen. Sie hätten auch kaum einen Mehraufwand, da sie in ihren Systemen einfach einen Defaultwert für den Standort ihrer Klinik setzen würden. Von einer Seite wurde angemerkt, dass diese Information nicht von gesamtschweizerischer Bedeutung ist. Wenn nur einzelne Nutzer ein entsprechendes Interesse hätten, dann wäre es sinnvoller, wenn diese die entsprechenden Daten in Freifeldern zusätzlich erheben würden.

Ähnlich wie bei der ambulanten Behandlung ausser Haus stellt sich auch hier die Grundsatzfrage, was als gleicher Klinikstandort gilt und was nicht. Eindeutig ist der Fall bei den bekannten Mehrstandortspitälern z. B. in den Kantonen Bern, Luzern und Wallis. In diesen Kantonen sind die Betriebe der institutionell fusionierten Spitäler räumlich deutlich voneinander getrennt, diese Trennung wird mit der Postleitzahl hinreichend gut erfasst. Heikler ist die Frage bei andern Fällen wie z. B. in Lugano oder Schaffhausen. In beiden Fällen sind die

Betriebe innerhalb eines Radius von 2 – 3 km räumlich getrennt und haben unterschiedliche Postadressen, aber die gleiche Postleitzahl. Verschiedene grosse Spitäler haben eine spitaleigene Postleitzahl, die auch für zugehörige Betriebe gilt, die nicht direkt auf dem Spitalareal angesiedelt sind. Ebenfalls offen ist die Frage, wie ein Fall erhoben wird, der während der stationären Behandlung innerhalb des gleichen Verbundes verlegt wird, z. B. von Burgdorf nach Langnau (gleiche BUR-Nummer, aber unterschiedliche Postleitzahl).

Neben diesen Aspekten zur Lokalisierung wurde auch die Frage aufgeworfen, um welchen Standort im Behandlungsverlauf es sich handelt: bei Spitaleintritt, bei Spitalaustritt, Standort der wichtigsten Behandlung?

Unabhängig von diesen offenen Fragen zum zu erhebenden Sachverhalt wurde die vorgeschlagene Operationalisierung "Standort = Postleitzahl" verschiedentlich in Frage gestellt. Das vom BFS optional zur Diskussion gestellte Klinik Kürzel wurde von niemandem als geeignet bezeichnet, als Alternativen wurden eine GIS-bezogene Lösung sowie eine Differenzierung der BUR-Nummer vorgeschlagen.

3.3.3 Behandlungsdatum

Inhalt: Angabe des Datums zu jeder Behandlung

Schnittstellen: Einführung eines Datumsfeldes nach jedem Behandlungsfeld

Die vorgeschlagene Aufnahme einer Datumsangabe für jede Behandlung wurde – auch von profunden Kennern der DRG-Systeme – kontrovers beurteilt. Für die einen handelt es sich nicht um eine fakultative, sondern eine notwendige Information, die von allen zwingend zu erheben sei. Zudem wurde vorgeschlagen, dass nicht nur das Datum, sondern auch die Uhrzeit der Behandlung aufgenommen werden sollten. Andere sind der Meinung, dass das Datum und der Zeitpunkt der Behandlung in DRG-Systemen irrelevant seien.

Kommentar des BFS: Im Laufe der Abklärungen hat es sich erwiesen, dass SwissDRG zwingend über diese Information verfügen muss. Es handelt sich mithin um eine obligatorische und nicht um eine fakultative Anpassung.

Die Zürcher Spitäler und einige weitere verfügen bereits heute über diese Information und könnten sie ohne grossen Aufwand in die Medizinische Statistik einfügen. Die meisten andern Spitäler zeigten sich sehr skeptisch bzw. ablehnend gegenüber einem solchen Ansinnen. Viele sind der Meinung, dass eine solche Erweiterung mit einem enormen Arbeitsaufwand (mit entsprechenden Kostenfolgen) verbunden wäre und dass dies zu einer Aufblähung der Datenbestände ohne erkennbaren Nutzen führen würde. Zudem wird auf das Risiko hingewiesen, dass dadurch die Behandlungen überhaupt viel differenzierter erhoben würden, z. B. müsste dann jeder tägliche Verbandswechsel als eine neue Behandlung erfasst werden. Ein Spital schlug als Alternative vor, dass das BFS eine Liste mit jenen CHOPs erstellt, bei denen das Datum unbedingt erforderlich ist, so dass sich die Datumsaufnahme auf diese beschränken würde.

3.3.4 Kostenstellen

Inhalt: Mehrere Kostenstellen pro Fall (exakte Abbildung des Aufenthaltes des Patienten)

Schnittstellen: Zusätzliche Felder für die zusätzlichen Kostenstellen (z. B. 5 mögliche Kostenstellen)

Die Frage nach einer erweiterten Erfassung der Kostenstellen stiess zwar auf einiges Interesse, letztlich aber – vor allem aus Machbarkeitsgründen – doch auf wenig Zustimmung. Einige Spitäler betonten, dass sie bereits heute über eine differenziertere Erfassung der Kostenstellen verfügen und dass die entsprechenden Daten mit relativ wenig Aufwand über eine Schnittstelle in die Medizinische Statistik übertragen werden könnten. Andere befürchteten, dass eine solche Erweiterung mit einem sehr grossen Aufwand verbunden wäre, da nicht nur die Codes für die Kostenstellen, sondern auch die Falldefinitionen und demzufolge das ganze Fallmanagement anzupassen wären.

Ein Repräsentant eines Universitätsspitals ist der Meinung, dass eine solche Revision sehr komplex und aufwendig wäre, da sehr viele Interessen tangiert sind und da die Realität in den kleinen und mittleren Spitälern – denen vermutlich die aktuelle Nomenklatur eher entspricht – eine andere ist als jene in den grossen und in den Universitätsspitalen, die heute z. T. über 50 Kostenstellen aufweisen. Für diese würde eine Ausweitung auf bloss 5 Felder für Kostenstellen nicht ausreichen. Zudem wird zu bedenken gegeben, dass allenfalls neu zu konzipierende Kostenstellen mit dem bestehenden System kompatibel sein müssten.

Abgesehen von der Frage nach der Anzahl erhobener Kostenstellen wurde beklagt, dass die Codes der Hauptkostenstelle nicht mit den Behandlungskodes übereinstimmen und dass eine besser auf die betriebswirtschaftlichen Bedürfnisse ausgerichtete Erfassung wünschbar wäre.

3.3.5 Gründe für ausserkantonalen Eintritt

Inhalt: Bei ausserkantonalen Eintritten die Unterscheidung zwischen "medizinisch indiziert" und "freie Spitalwahl" ermöglichen

Schnittstellen: Keine; dafür z. B. Anpassung der Werte der Variable 1.4.V02 mit "6 = Krankenversicherung, anderer Kanton mit Kantonsbeitrag" und "7 = Krankenversicherung, anderer Kanton ohne Kantonsbeitrag"

Eine solche Ergänzung wäre für alle Spitäler machbar, für die meisten aber nur mit einem beträchtlichen Aufwand. Der konkrete Änderungsvorschlag – Ergänzung der Eintrittsvariable um die Werte 6 und 7 – ist umstritten. Einige Spitäler wollen bei allen ausserkantonalen Patienten wissen, warum der Fall zugewiesen wurde und wer bezahlt, also nicht nur bei KVG-Versicherten, sondern auch bei Fällen, die vom UVG, von der IV, von der MV etc. bezahlt werden. Nach dieser Überlegung braucht es eine Lösung, die bei allen ausser-

kantonale Fällen erkennbar macht, ob die Zuweisung medizinisch notwendig war oder ob die freie Spitalwahl im Vordergrund stand. Andere sind diesbezüglich unsicher und beantragen, dass das BFS bei der MTK abklärt, inwiefern die Unterscheidung medizinisch indiziert vs. freie Spitalwahl auch bei den Nicht-KVG-Fällen relevant ist oder nicht.

Als Alternative wurde vorgeschlagen, die Existenz einer Kostengutsprache als Indikator für eine medizinisch indizierte ausserkantonale Hospitalisation zu erheben, da die Informationen dazu heute in den Spitälern vorliegen.

3.3.6 Implantate und Medikamente

Inhalt: Erfassung der Implantate bzw. Medikamente

Schnittstellen: Keine; sollte mit der Behandlungsklassifikation erfasst werden können

Die Kantone und verschiedene Kantonsspitäler betonen, dass eine Erfassung der Implantate und Medikamente für sie sehr wichtig sei. Für die meisten Spitäler ist das grundsätzlich machbar, allerdings bestehen grosse Bedenken über den anfallenden Aufwand. Es wurde deshalb vorgeschlagen, dass es nur um eine beschränkte Anzahl von ausgewählten Implantaten bzw. Medikamenten gehen könne, die im CHOP auf einer abschliessenden Liste vorgegeben würden. Die Spezifizierung der zu erfassenden Implantate bzw. Medikamente wäre noch zu leisten, es müssten aber nicht unbedingt die Teuersten sein. Erhoben werden könnten sie z. B. mit dem 13-stelligen EAN-Code (Implantate) bzw. mit dem Pharma-Code (Medikamente).

Mit diesem Vorschlag – Erfassung einer begrenzter Anzahl im Rahmen der Behandlungsklassifikation – könnten wohl die meisten Spitäler leben. Lösungen, nach denen diese Informationen entweder umfassend und detailliert erhoben werden (Produkt, Dosierung, Zeitrahmen) oder über eine Schnittstelle aus der Leistungserfassung eingefügt werden sollen, werden als sehr aufwendig und viel zu differenziert abgelehnt. Auch die Einführung von zusätzlichen Variablen bzw. Datenfeldern ausserhalb des CHOP wird als inadäquat bezeichnet.

Ein Befragter äusserte grosse grundsätzliche Vorbehalte. Er wies darauf hin, dass die Medizinische Statistik bereits heute sehr detailliert sei. Von einer weiteren Detaillierung mit zusätzlichen Variablen bzw. Datenfeldern wie z. B. im Bereich von Implantaten oder Medikamenten sollte deshalb abgesehen werden. Dies umso mehr, als dass solche Variablen aufgrund ihrer Kurzlebigkeit (siehe z. B. Anpassungen der Spezialitätenliste) jährliche wenn nicht gar unterjährig Anpassungen benötigen würden, was zu einem erhöhten Aufwand aller Beteiligten und aufgrund der Komplexität zu einer tieferen Datenqualität führen könnte. Damit wäre niemandem gedient. Im Falle dass SwissDRG einen Datenbedarf für besonders teure Implantate oder Medikamente ausweisen sollte, könnte dies mittels einer CHOP-Erweiterung ohne zusätzliche Variablen umgesetzt werden.

3.3.7 Kopfumfang bei Neugeborenen

Inhalt: Erfassung des Kopfumfangs bei Neugeborenen

Schnittstellen: Erweiterung des BFS-Neugeborenen-Zusatzdatensatzes um ein zusätzliches Feld

Dieser Erweiterungsvorschlag ist überall umsetzbar und löste – mit Ausnahme eines Universitätsspitals - wenig Resonanz aus. Von dieser Seite wurde angemerkt, dass die Aussagekraft dieser Variablen äusserst fraglich sei und dass allenfalls eine Aufnahme von besseren Indikatoren wie z. B. dem Apgar-Score zu überprüfen wäre. Unter diesen Umständen und angesichts des grossen Termindrucks für alle Beteiligten beantragten die Vertreter dieses Spitals, auf die Aufnahme dieser Variablen zu verzichten.

3.4 Zusätzliche Anpassungen

Im Laufe der Abklärungen wurde das BFS mit weiteren Anpassungsvorgaben bzw. -wünschen von Swiss DRG sowie von einzelnen Kantonen konfrontiert. Diese wurden nach einer Vorprüfung durch das BFS soweit wie möglich ebenfalls in den Entwurf aufgenommen und in den Konsultationen und Informationsgesprächen zur Diskussion gestellt.

3.4.1 Abrechnungsmodus: DRG oder alter Modus

Vorgesehen war eine zusätzliche Variable, mit der für jeden Fall erhoben werden sollte, ob dieser nach Einführung von SwissDRG nach dem neuen Modus mit einer Fallpauschale oder aber nach dem alten aufwandbezogenen Modus abgerechnet wurde. Zur Diskussion gestellt wurde insbesondere, ob die mit der Datenerhebung der Medizinischen Statistik betrauten Personen überhaupt Zugang zu dieser – in der Regel nur in der Administration vorhandenen – Information haben.

In den Universitätsspitalen fiel die Frage und das dahinter stehende Informationsinteresse auf Verständnis. Sie waren einhellig der Meinung, dass die entsprechenden Informationen verfügbar sind und dass eine Erhebung sinnvoll sei. Für viele andere war zum Zeitpunkt des Gesprächs nicht klar, inwiefern ihr Spital nach definitiver Einführung von DRG überhaupt noch Fälle nach dem alten Modus abrechnen würde. In einer schriftlichen Stellungnahme wurde vorgeschlagen, bei der Erhebung nicht nach dem Abrechnungsmodus zu fragen, sondern direkt die verrechnete DRG zu erheben.

Kommentar des BFS: Diese zwischenzeitlich in die Prüfung aufgenommene Variable wurde wieder fallen gelassen, da es nicht genügend klar war, ob die Spitäler auch zum richtigen Zeitpunkt über die Informationen verfügen und ob die Information nach der Einführung von SwissDRG noch relevant sein wird. Sie könnte ggf. unter Verwendung eines Reservefeldes wieder aufgenommen werden.

3.4.2 Aufenthaltsort vor Wiedereintritten

Die zusätzlich vorgesehene Erhebung des Aufenthalts vor Wiedereintritten wird von einzelnen als weder sinnvoll noch notwendig erachtet. Zudem wird von verschiedenen angemerkt, dass die erhobenen Informationen unvollständig sind. Zum einen ist es nicht möglich, wiederholte Wiedereintritte zu erfassen, zum andern fehlt bei Wiedereintritten die Information über den Aufenthaltsort nach dem (ersten) Austritt.

Kommentar des BFS: Je nach der Entwicklung der Definition der Fall-Zusammenführungen (s. o.) sollen gewisse Informationen zu den Wiedereintritten erhoben werden. Um welche Informationen es genau geht, ist zur Zeit noch offen. Die Felder sind deshalb vorläufig als Reserve anzulegen (vgl. Schnittstellenkonzept).

3.5 Weitere Änderungsvorschläge

Viele Befragte nutzten die Gelegenheit, in den Interviews und in den Informationsgesprächen aus ihrer Sicht auf weitere Lücken und Schwachstellen der Medizinischen Statistik hinzuweisen und Anregungen zu formulieren, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit der Einführung von Fallpauschalen stehen, die aber bei einer umfassenden Revision der Medizinischen Statistik ebenfalls überprüft werden sollten:

Lieferformat

Aus praktischen Gründen sollte die Variable "Rekordart" neu definiert werden, so dass schon auf der ersten Stelle des Datensatzes unterschieden werden kann, ob im alten oder neuen Format geliefert wurde. Beispiel: MB1 (altes Format); MB2 (neues Format).

Kommentar des BFS: Das BFS hat sich bemüht, das ursprüngliche Lieferformat nicht zu verändern, da nur dadurch eine gestaffelte Einführung gewährleistet werden kann.

Betriebsidentifikation

Ein Kanton möchte für Planungszwecke die ausserkantonalen Spitäler, die auf seiner Spitalliste stehen, in der medizinischen Statistik identifizieren können. Das ist heute nicht möglich.

Kommentar des BFS: Dies ist aus Datenschutzgründen nicht möglich.

Aufnahme der spitalinternen Fallnummer

Ein Kanton schlägt vor, als zusätzliches Merkmal die spitalinterne Patienten-/Fallnummer (unverschlüsselt) in den Basisdatensatz der Medizinischen Statistik aufzunehmen. Da das BFS diese Nummer in der Datenlieferung nicht benötigt, könnten die kantonalen Erhebungsstellen beim Datenexport für das BFS das Feld leer exportieren oder das BFS könnte dieses Feld beim Import in die eigene Datenbank ignorieren.

Kommentar des BFS: Dies ist aus Datenschutzgründen vom BFS aus nicht möglich, es steht jedoch den Kantonen frei, diese (und weitere) Daten für ihr Einzugsgebiet zusätzlich zu erheben..

Zusatzdatensätze

Die Erfassung von Neugeborenen sollte vollständig sein. Sie ist heute lückenhaft und inadäquat im Falle von Geburten ausserhalb des Spitals und von Frühgeburten.

Bei Geburten sollte die Identifikation von Mutter (Minimaldatensatz) und Kind (Neugeborenen-Zusatzdaten) möglich sein.

Die beiden Zusatzdatensätze zur Psychiatrie und zu den Neugeborenen sollten für alle Spitäler obligatorisch sein.

Soziodemographische Angaben

Der für den Wohnort verwendete Kode ist problematisch, da er die Orte nach Postleitzahlen in ordinaler Abfolge aggregiert. Es wird vorgeschlagen, direkt die Postleitzahl (wie das heute schon von vielen Codierern gemacht wird) und zusätzlich die Gemeindenummer des BFS zu erheben (das sollte heute im Gegensatz zu früher von der Informatik her machbar sein), so dass für Publikationen in sich kohärente Aggregate gebildet werden können.

Kommentar des BFS: Grundsätzlich kann die Postleitzahl angegeben werden. Die aggregierten Wohnortskodes werden aus datenschutzrechtlichen Gründen verwendet.

Eintrittsmerkmale

Aus einem Abgleich des Fragebogens der Medizinischen Statistik mit dem Fragebogen des G-DRG geht hervor, dass bei der Eintrittsart der Wert "zur Organentnahme" fehlt.

Kommentar des BFS: Die Eintrittsarten sind heute "Notfall", "geplant", "Geburt", "interner Übertritt", "andere" und "unbekannt". Eine Organentnahme entspricht üblicherweise einem geplanten Eintritt

Behandlungsart

Die Praxis und die Interpretation dessen, was stationär, teilstationär und ambulant ist, variiert zwischen den Spitälern. Zudem wird die Kategorie "teilstationär" mit der aktuellen Revision des KVG aufgehoben. Diese Variable sollte aktualisiert, vereinfacht und einheitlicher definiert werden, damit es möglich wird, Vergleiche zwischen Spitälern anzustellen.

Kommentar des BFS: Die Variante teilstationär fällt weg.

Aufenthalt nach Austritt

Sind die beiden Antworten "andere" (Kode 8) und "unbekannt" (Kode 9) inhaltlich identisch?

Kommentar des BFS: Grundsätzlich nicht. "Andere" wird dann verwendet, wenn eine Variante kodiert werden soll, die zwar bekannt ist, aber nicht in das Schema passt. "Unbekannt" wird kodiert, wenn die Information nicht vorhanden ist.

Aufenthaltsmerkmale

Ein Kanton möchte im Falle einer Verlegung eines Patienten in ein anderes Spital wissen, welche Spitäler beteiligt sind (z. B. Eintritt in Spital A, Verlegung in Spital B zur Diagnosestellung, Rückführung in Spital A zur Behandlung).

Kommentar des BFS: Im Sinne einer guten Nachverfolgung der Fälle wäre dies eine wünschbare Information. Das BFS wird versuchen, einen Kompromiss zwischen Kodieraufwand und wünschbarer Information zu finden. Provisorische Felder in der Schnittstelle sollen es erlauben, entsprechende Definitionen zu erarbeiten und später die Variablen einzuführen.

Diagnosen

Von verschiedener Seite wurden Erweiterungen bei der Erfassung von Informationen zur Diagnose vorgeschlagen:

- Datum der Diagnose (und nicht nur jenes der Behandlung).

Kommentar des BFS: Das Datum der Diagnose ist schwer festzustellen und aufwändig zu kodieren, der Vorschlag wurde deshalb nicht übernommen.

- Diagnoseaufwand (z. B. wenn ein Patient mit diffusen Symptomen eingeliefert wird und mehrere Tage hintereinander verschiedene Diagnosen ohne Ergebnis geprüft werden, so dass der Patient schliesslich ohne Behandlung wieder entlassen wird).

Kommentar des BFS: Der Diagnoseaufwand kann bei Bedarf über CHOP-Kodes eingeführt werden.

- Einführung eines zusätzlichen Flags, der es erlaubt, bei den erfassten Diagnosen zu unterscheiden, ob der Diagnosekode den betriebswirtschaftlichen Bedürfnissen des Spitals (Leistungserfassung) oder aber den epidemiologischen Bedürfnissen der Forschung entspricht.

Kommentar des BFS: Ein Epidemiologie-Flag ist vor allem sinnvoll, wenn DRGs "forciert werden, d.h. wenn eine Diagnose, die an sich vorhanden ist, nicht für die Abrechnung verwendet werden soll. Mit SwissDRG sollte in diesen Fällen besser der Grouper angepasst, als das Flag eingeführt werden.

- Einführung eines zusätzlichen Datenfeldes, mit dem zusätzlich zur Hauptdiagnose noch die Eintrittsdiagnose erfasst wird.
- Einführung eines zusätzlichen Flags, der bei den Diagnosen die Unterscheidung zwischen Eintrittsdiagnosen und Diagnosen ermöglicht, die im Verlauf des Spitalaufenthalts neu dazu kamen. Damit würde es möglich, eine Rate für vermeidbare Komplikationen zu berechnen.

Kommentar des BFS: Für die Fragen nach Eintritts- und Spitaldiagnosen kann in Zukunft die sechste Stelle im ICD-10 als "Flag" benutzt werden. Eine genaue Definition sollte noch erfolgen.

Behandlungen

Das CHOP-Manual enthält im Kapitel 90 fakultative Codes, auf deren Erhebung das BFS nicht besteht. Der Finanzchef eines Spitals berichtet, dass diese fakultativen Informationen für sie an sich interessant wären, dass die

Spitalleitung aber von den Codierern verlangt, auf deren Erfassung zu verzichten, da sie der Meinung ist, es würde ohnehin zuviel Zeit für die Statistik aufgewendet. Er schlägt deshalb vor, dass das BFS in Zukunft auf die Kategorie "Fakultativ" verzichtet und im Manual nur noch aufführt, was auch sein muss.

Für die Erfassung neuartiger Eingriffe, die in den Klassifikationen noch nicht ausreichend berücksichtigt sind, sollte die Schaffung einer speziellen Kennzeichnung geprüft werden. Konkret könnte die Möglichkeit geboten werden, angeben zu können, dass der gewählte Code für die zu codierende Behandlung nicht genau passend ist und dass ein neuer Code geschaffen werden sollte. Eventuell kann dies durch Ankreuzen eines entsprechenden Kästchens erfolgen. Eine andere Möglichkeit wäre die Schaffung einer zusätzlichen Variablen "neues Prozedere", falls für eine kodierte Intervention eine neue Technik angewendet wird.

Kommentar des BFS: Die Fragen der CHOP-Kodierung müssen im Hinblick auf die Einführung von SwissDRG ohnehin überdacht werden. Änderungen sollten erfolgen, wenn sie auch im neuen System aktuell bleiben.

Hauptkostenstelle

Der in der Medizinischen Statistik verwendete Begriff "Kostenstelle" ist nicht sachgerecht. Als Alternativen vorgeschlagen werden "Fachrichtung" oder "Leistungsstelle".

Hauptkostenträger

Der Begriff Hauptkostenträger ist hier falsch. Als korrekt und somit nicht verwirrend wird der Begriff "Hauptgarant" vorgeschlagen.

Austrittsmerkmale

Ein Kanton schlägt vor, für den Wert "8" anstelle von "andere" den Wohnkanton aufzunehmen.

Vorschläge für die Aufnahme von neuen Informationen

Es fehlen Informationen zu den Rehospitalisierungen. Eine mögliche Zusatzfrage wäre, ob der Patient in den letzten 30 Tagen in einem andern Spital zur Behandlung war.

Die in der aktuellen Medizinischen Statistik enthaltenen Informationen über die Rehabilitationsfälle sind ungenügend für die kantonale Spitalplanung. Ein Kanton wünscht deshalb, dass die Rehabilitationen in Zukunft differenzierter erhoben werden.

Für die Qualitätsmessung in den Spitälern sollten Komplikationen systematisch erfasst werden. So z. B. Mortalität, (ungeplante) Rehospitalisationen und Wiederoperationen, Infektionsrate, Sturz, Dekubitus, Gewichtsverlust, Autonomie, Pflegebedürftigkeit bei Eintritt, bei Austritt.

Die Zuteilung der Fälle nach Grundversorgung, Zentrumsversorgung, spezialisierter Versorgung und ev. hochspezialisierter Versorgung sollte statistisch möglich sein. Dazu ist die Abbildung der für die Behandlung notwendigen Kompetenzen und Strukturen ausschlaggebend. Ein Indikator liesse sich ev. aus einer Kombination von Diagnose und Schweregrad bilden.

Kommentar des BFS: Die Diskussion der obigen Vorschläge musste aus Zeitgründen zurückgestellt werden. Auch wurde bewusst darauf verzichtet, weitere Informationen zu verlangen, auch wenn sie wünschenswert gewesen wären.

3.6 Weitere Rückmeldungen zur Medizinischen Statistik

Probleme bei der Erfassung von Neugeborenen

Wenn ein andernorts geborenes Kind am Tag der Geburt eingeliefert wird, dann muss laut Definition des BFS kein Zusatzdatensatz für Neugeborene ausgefüllt werden. Es wird bedauert, dass dadurch Lücken bei der Erfassung der Neugeborenen entstehen würden.

Wie werden Begleitsäuglinge erfasst, die (wieder) ins Spital eingeliefert werden, weil die Mutter hospitalisiert wird und um die sich sonst niemand kümmern kann. Wie wird das bei der Diagnose und bei der Behandlung erfasst?

Probleme der Datenqualität

Die Qualitätskontrolle der Daten sollte verbessert und intensiviert werden. So sollten z. B. analytische Quervergleiche der Dauer von gleichen Behandlungen oder von der Anzahl teilstationärer Behandlungen angestellt werden.

Nach Meinung eines Kantonsvertreters liegt die grösste Qualitätsschwachstelle bei den Spitälern. Es dauert oft lange, bis diese die Daten überhaupt erheben. Dann machen sie ihre internen Plausibilitätskontrollen gar nicht oder zu spät. Wenn dann der Kanton bei der Kontrolle noch Fehler findet und Korrekturen verlangt, dauert es wieder sehr lange. Die Spitäler haben oft Mühe, die Termine einzuhalten.

Ein Kantonsvertreter bezeichnete die Qualität der Daten der Privatspitäler als schlechter als jene der öffentlichen Spitäler. Deren Datensätze würden viele Fehler enthalten und es würde jeweils lange dauern, bis die Korrekturen vorliegen.

Kontakte mit dem BFS

Es besteht ein Codierungsproblem beim Jahreswechsel. Wenn z. B. ein Patient bis zum 28.12. in der Akutabteilung und dann bis Mitte Januar in der Rehabilitation liegt, dann ist die Krankengeschichte per 31.12. noch nicht abgeschlossen. D. h. die Codierer, die dem BFS alle Fälle per Ende Jahr liefern müssen, können die Diagnose und die Behandlung noch nicht codieren, weil sie keinen Zugriff auf die Information haben. Deshalb bleiben die entsprechenden Felder leer und MedPlaus druckt in der Folge eine Warnung aus. Ein Spital berichtet, dass es diesbezüglich ein Legitimationsproblem mit dem Kanton hat, da dieser die gleichen Ausdrücke mit den entsprechenden Warnmeldungen auch erhält und entsprechend nachfragt. Ein anderes Spital hat im gleichen Zusammenhang ein Problem mit dem BFS, das diese Problematik nicht verstehen würde und das deshalb wegen solchen Fällen jedes Jahr neu bei ihnen nachfragen würde.

Es dauert immer sehr lange, bis das Codierbüro des BFS Fragen beantwortet, oft über 6 Monate. Das BFS sollte diese Dienstleistung ausbauen.

Ein Spital versteht sich selbst als gewissenhaften Datenlieferanten, vermisst aber einen adäquaten Rücklauf von Informationen des BFS. Eine Rückmeldung, z. B. ein Vergleich ihres Spitals mit Benchmarks, würde sie motivieren und hätte zweifellos Auswirkungen auf die Qualität der abgelieferten Daten.

Nutzungsprobleme

Es dauert zu lange, bis die Daten des BFS wieder beim Kanton sind. Dieser erhebt die Daten bei den Spitälern alle drei Monate und liefert sie bis im Juni des Folgejahres an das BFS weiter. Dieses braucht dann nochmals mehr als ein halbes Jahr, bis die definitiven Daten für den Kanton vorliegen. Das ergibt (vom Januar des Erfassungsjahres bis zum Vorliegen der definitiven Daten) eine Zeitspanne von mehr als zwei Jahren. Das sollte kürzer sein. Insbesondere ist unverständlich, wozu das BFS, das ja bereits kontrollierte und plausibilisierte Daten erhält, noch soviel Zeit braucht.

Auch für eines der betroffenen Spitäler fließen die Daten des BFS zu spät zurück. Sie brauchen vom BFS vor allem Zahlen für Benchmarks, und die sollten noch einigermaßen aktuell sein. Sie schlagen deshalb vor, dass das BFS die Daten beispielsweise halbjährlich oder quartalsweise sammelt und dann entsprechend schneller zurückspielt.

Der Bedienungskomfort des Computersystems des BFS über das Internet ist unbefriedigend. Man verliert bei vielen eingesetzten Filtern schnell die Übersicht.

Die Personenidentifikation zwischen medizinischer und Krankenhausstatistik sollte in Zukunft möglich gemacht werden.

Die Personenidentifikation ist für die Ermittlung von Behandlungskarrieren sehr wichtig und muss unbedingt erhalten bleiben. Entsprechende Auswertungen, welche den Verlauf bestimmter Behandlungen und deren Streuung aufzeigen, dürften in Zukunft an Relevanz und Interesse gewinnen. Dies sowohl aus epidemiologischer als auch aus abgeltungsrelevanter Sicht. Bei solchen Verlaufsanalysen ist es mit dem heutigen System aber auch für langjährige Mitarbeitende sehr mühevoll, sich zwischen Personen und Behandlungsfällen hin und her zu bewegen.

Die Falldefinitionen bei ambulanten, teilstationären oder stationären Auswärtsbehandlungen sollten einheitlich gehandhabt werden.

Nutzungskonflikte zwischen Abgeltung und Epidemiologie

Die in der Medizinischen Statistik vorhandene Verknüpfung von betriebswirtschaftlichen und epidemiologischen Daten wird von mehreren als problematisch bezeichnet. Je nach dem, ob die Daten mit Blick auf die Epidemiologie oder aber auf die Fakturierung erhoben würden, führe das zu andern Ergebnissen. Von verschiedener Seite wird befürchtet, dass die abgeltungsrelevanten Anforderungen an die Medizinische Statistik den epidemiologischen Wert der Daten gefährden könnten. Es werden deshalb vom BFS entschiedene Gegenmassnahmen zur Sicherstellung von zukünftigen epidemiologischen Auswertungen gefordert. Namentlich mehrere Universitätsspitäler beklagen, dass bei der aktuellen Anpassung nicht gleichzeitig auch die epidemiologischen Aspekte der Medizinischen Statistik überprüft und angepasst werden. Verwiesen wird u. a. darauf, dass auf nichtbehandelte Diagnosen verzichtet wird und

dass die Medizinische Statistik nur Spitaldiagnosen erfasst, aus denen allein sich keine Ableitungen über die Verbreitung von Krankheiten in der Schweiz machen lassen.

Kommentar des BFS zum Kapitel 3.6: Das BFS bedankt sich bei allen Beteiligten für die konstruktiven Rückmeldungen. Es ist nicht immer einfach, in einer nationalen Statistik den geäusserten Anliegen, Anregungen und Kritiken der Betroffenen zu entsprechen. Das BFS ist aber stets bemüht, diesen Wünschen bei der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und der Aussagekraft der Statistik im Rahmen des Möglichen Rechnung zu tragen.

4 Definitive Änderungen

Nach Abschluss der umfangreichen Konsultationen unterzog das BFS seinen Entwurf noch einmal einer umfassenden letzten Revision und fasste einen definitiven Beschluss über die vorzunehmenden Änderungen. Dabei wurde soweit wie möglich auf die in den Informationsgesprächen und Stellungnahmen artikulierten Fragen und Anmerkungen eingegangen.

Der revidierte Zeitplan sieht vor, dass die Änderungen in allen Netzwerkitälen obligatorisch auf Anfang 2009 einzuführen sind. Alle andern Spitäler sind gehalten, die Änderungen nach Möglichkeit ebenfalls auf diesen Zeitpunkt hin, spätestens aber bis Anfang 2010 einzuführen.

Die vorzunehmenden Anpassungen betreffen nur Akutfälle. Kliniken, die nur psychiatrische oder Rehabilitationsfälle aufweisen, können ihre Daten bis auf weiteres im alten Format erfassen und einsenden.

Nachfolgend werden die Änderungen in einem summarischen Überblick dargestellt. Der detaillierte Bericht des BFS mit den einzelnen, näher erläuterten Anpassungen sowie das dazugehörige Schnittstellenkonzept sind als separate Dokumente auf der Website des BFS aufgeschaltet.*

4.1 Einzuführende Anpassungen

Definitiv zu ändern bzw. neu einzuführen sind die folgenden Variablen:

- Falltrennung während eines Aufenthalts
- Fallzusammenlegung bei wiederholten Aufenthalten (nur provisorische Felder eingefügt, die Definition von SwissDRG bleibt abzuwarten)
- Erfassung von bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen
- Erweiterung der Diagnosefelder auf 6 Stellen zur Übernahme der Diagnoseklassifikation ICD-10-GM (inkl. 1 Reservestelle, da die ICD-10-GM nur 5-stellig ist)
- Erweiterung der Behandlungsfelder auf 6 Stellen zur Aufnahme der ergänzten Behandlungsklassifikation CHOP
- Körperseite einer Diagnose oder Behandlung
- Tumoraktivität
- Intensivmedizinische Behandlung und Beatmungsstunden
- Aufnahmegewicht bei Säuglingen
- Standort bei ambulanten Behandlungen
- Spitalstandort

* http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

-
- Behandlungsdatum
 - Kopfumfang bei Neugeborenen
 - Fallnummer der Statistik diagnosebezogener Fallkosten
 - Reservefelder

4.2 Nicht berücksichtigte oder zurückgestellte Anpassungswünsche

Die folgenden in den Konsultationen ebenfalls zur Diskussion gestellten Anpassungen konnten nicht berücksichtigt werden bzw. wurden für eine allfällige spätere Revision zurückgestellt:

- Erhebung weiterer Kostenstellen
- Gründe für ausserkantonalen Eintritt
- Erfassung der Medikamente und Implantate
- Aufenthaltsort vor Wiedereintritten (bei Fallzusammenführungen)

4.3 Offene Fragen und Aufgaben

Angesichts des gedrängten Zeitrahmens und der parallel zu den Abklärungen verlaufenden weiteren Verhandlungen mit SwissDRG war es nicht möglich, alle vorzunehmenden Änderungen eindeutig und abschliessend zu definieren. Die folgenden offenen Fragen und Aufgaben werden deshalb in der nächsten Zeit noch zu klären sein:

- **Falltrennung während eines Aufenthaltes:** Die Abgrenzung zwischen Akut- und Nichtakutfall bei Wartepatienten sowie bei Patienten, die nach der Akutbehandlung im gleichen Spital in die Rehabilitation oder in die Langzeitpflege überwiesen werden, bedarf noch einer genauen Definition. Das BFS schlägt vor, dass in naher Zukunft SwissDRG in Zusammenarbeit mit dem BFS und mit Partnern aus der Praxis eine Kriterienliste zur Definition der Grenzen erstellt.
- **Fallzusammenlegung bei mehreren Aufenthalten im gleichen Spital:** Die Erfassung von zusätzlichen Informationen zur Identifikation von Fallzusammenlegungen wurde in einer Arbeitsgruppe von SwissDRG ausgearbeitet. Die Anpassungen wurden aber bisher noch nicht genehmigt. Änderungen an der Medizinischen Statistik werden erst eingeführt, wenn der definitive Entscheid von SwissDRG vorliegt.
- **Standort bei ambulanten Behandlungen:** für die Lokalisierung von ambulanten auswärtigen Behandlungen sind die Antwortmöglichkeiten eigenes/fremdes Areal, eigener/fremder Betrieb. Diese Begriffe bedürfen noch der Präzision. Das BFS hat die dazu notwendigen Arbeiten an die Hand genommen, die definitiven Ergebnisse werden bis im Frühjahr 2009 erwartet.

-
- **Spitalstandort:** Der Standort des behandelnden Spitals soll neu mit der Postleitzahl erfasst werden. Diese Lösung kann aber nicht in allen Fällen befriedigen. Das BFS führt deshalb Abklärungen durch, Ergebnisse werden ebenfalls bis im Frühjahr 2009 erwartet.
 - **Medikamente und Implantate:** Der Vorschlag, die Medikamente und Implantate mit einer separaten Variable zu erfassen, wurde nicht aufgenommen. Statt dessen ist eine entsprechende Anpassung der Behandlungsklassifikation CHOP geplant.

5 Anhänge

5.1 Befragte Institutionen (Ansprechpersonen)

CHUV - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Véronique Koehn)

CHYC - Centre Hospitalier Yverdon-Chamblon (Dr. Bertrand Vuilleumier)

GEF-BE - Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (Dr. Thomas Spuhler)

GD-ZH - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Dr. Constanze Hergeth)

Hôpital de la Tour, Meyrin (Hervé Imesch)

H+ - Spitäler der Schweiz, Bern (Dr. Bernhard Wegmüller)

HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève (Dr. François Borst)

ISB - Inselspital Bern (Dr. Frank Laukhuf)

KSA - Kantonsspital Aarau (Dr. Thomas Holler)

KSL - Kantonsspital Luzern (Dr. Karl-Friederich Hanselmann)

KSSH - Kantonsspital Schaffhausen (Jürg Rahm)

KSW - Kantonsspital Winterthur (Dr. Martina Gantar)

OKS - Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (Marco Fischer)

Ospedale Regionale di Lugano (Pierluigi Lurà)

Salem Spital Bern (Andreas Kohli)

DGSE-VS - Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie des Kantons Wallis (Yves Martignoni)

UHBS - Universitätsspital Basel (Markus Scherer)

USZ - Universitätsspital Zürich (Dr. Alfred Bollinger)

5.2 Schriftliche Stellungnahmen an das BFS

APDRG Suisse

COPIL - Comité de pilotage de la révision du codage dans les hôpitaux des cantons de Genève, Neuchâtel, Valais et Vaud.

GDK - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

GD-ZH - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Finanzen und Tarife, Tarife und Statistik.

GEF-BE - Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Generalsekretariat, Abteilung für wissenschaftliche Auswertung.

H+ Die Spitäler der Schweiz

INSELSPITAL Universitätsspital Bern, Fachstelle Medizinische Statistik ProCod

LUSTAT STATISTIK LUZERN

Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento delle finanze e dell'economia, Divisione delle risorse, Ufficio Statistica, Unita delle statistiche sanitarie.

Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft

5.3 Liste der vorgesehenen Anpassungen (Unterlage für die mündliche Befragung)

Geforderte Anpassungen (Muss)

- 1 Falldefinition: Bei internen Verlegungen und Wartepatienten (Reha; Geriatrie) wird der Fall (Dauert normalerweise vom Eintritt bis Austritt) in einen Akutfall und Pflegefall geteilt, auch wenn der Patient im selben Bett bleibt.
- 2 Zusätzliche Felder: Es soll die Möglichkeit bestehen, bis zu 50 Diagnosen und 100 Behandlungen zu kodieren
- 3 Erweiterung der Diagnoseklassifikation ICD-10 von 4 auf 6 Stellen
- 4 Erweiterung der Behandlungsklassifikation CHOP von 4 auf 6 Stellen
- 5 Ergänzende Angaben zu jeder Diagnose und Behandlung (z.B. links, rechts, Schweregrad, ...)
- 6 Beatmungsstunden
- 7 Intensivmedizinische Komplexbehandlung
- 8 Zusätzliches Feld: Aufnahmegewicht bei Säuglingen (bei Alter <28 Tage)

Mögliche Anpassungen (Kann)

- 9 Kennzeichnung der Behandlungen (im Haus od. anderswo)
- 10 Einführung einer Variable (pro Behandlungsfall): Klinikstandort (PLZ) (Alternative: Klinik Kürzel)?
- 11 Angabe des Datums zu jeder Behandlung
- 12 Mehrere Kostenstellen pro Fall (exakte Abbildung des Aufenthaltes des Patienten)
- 13 Ausserkantonaler Eintritt: Unterscheidung "medizinisch indiziert" od. "freie Spitalwahl" ermöglichen
- 14 Erfassung der Implantate
- 15 Erfassung der Medikamente
- 16 Kopfumfang bei Neugeborenen

Fragen zu jeder einzelnen geplanten Anpassung:

- a. Ist die Information vorhanden?
- b. Ist die Information ohne grossen Aufwand zugänglich?
- c. Sind die Änderungen für die Informatik im Zeitraum von Mitte 2008 bis Ende 2008 machbar?
- d. Ist mit sonstigen Problemen zu rechnen?

Zusatzfrage

- e. Gibt es bei der aktuellen Form der medizinischen Statistik Probleme, die bei der Revision zu überprüfen und allenfalls zu beheben sind?